



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

RACHEL DE AQUINO CÂMARA

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA FERRAMENTA DE
TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS E ASSOCIAÇÃO ENTRE
SINTOMAS DISFÓRICOS PRÉ-MENSTRUAIS, TEMPERAMENTOS AFETIVOS E
QUALIDADE DE VIDA EM UMA AMOSTRA DE MULHERES BRASILEIRAS**

FORTALEZA

2016

RACHEL DE AQUINO CÂMARA

VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA FERRAMENTA DE
TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS E ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS
DISFÓRICOS PRÉ-MENSTRUAIS, TEMPERAMENTOS AFETIVOS E QUALIDADE DE
VIDA EM UMA AMOSTRA DE MULHERES BRASILEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas. Área de concentração: Medicina.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.
Co-orientador: Prof. Dr. Cristiano André Köhler

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C174v Câmara, Rachel de Aquino.

Validação da versão em português brasileiro da Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais e associação entre sintomas disfóricos pré-menstruais, temperamentos afetivos e qualidade de vida em uma amostra de mulheres brasileiras / Rachel de Aquino Câmara. - 2016.

71 f. : il., p&b.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

Coorientação: Prof. Dr. Cristiano André Köhler.

1. Transtorno disfórico pré-menstrual. 2. Temperamentos afetivos. 3. Qualidade de vida. 4. Validação.

CDD

RACHEL DE AQUINO CÂMARA

VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA FERRAMENTA DE TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS E ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DISFÓRICOS PRÉ-MENSTRUAIS, TEMPERAMENTOS AFETIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM UMA AMOSTRA DE MULHERES BRASILEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas. Área de concentração: Medicina.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Férrer Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Cristiano André Köhler (Co-orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Eugênio de Moura Campos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos Clayton Torres Aguiar
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Deus, meu pai eterno e criador de toda a vida, a Ele seja a Glória para sempre [...] A Jesus Cristo, seu filho unigênito que morreu na cruz e ressuscitou para nossa salvação, minha fonte de inspiração e amor.

Aos meus pais, José Airton e Heloisa, presenças constantes de incentivo, força e carinho e ao meu marido, Adriano, por sempre apoiar os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. André Férrer Carvalho, pela dedicação em aprimorar a qualidade deste trabalho e por ter possibilitado que eu obtivesse um conhecimento científico e acadêmico ímpar, o qual utilizarei com sabedoria na minha trajetória profissional.

Ao co-orientador deste trabalho, o Prof. Dr. Cristiano Köhler, pelo acolhimento, paciência e participação ativa no processo de construção da pesquisa.

Aos professores participantes da banca examinadora Eugênio de Moura Campos e Carlos Clayton Torres Aguiar pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Um agradecimento especial a toda equipe de pesquisadores que me auxiliou na consecução deste trabalho, que, sem ela, não poderia tê-lo desenvolvido: Eva Cristino, Luiza de Amorim e demais colaboradores.

Aos colegas da turma de mestrado, pelo aprendizado e conhecimento compartilhados, bem como pela amizade e empatia.

Ao meu marido, Adriano Aguiar Cavalcante, companheiro que escolhi para amar e viver, eternamente, ao seu lado, pelo carinho, incentivo e confiança em mim depositada ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

À minha amada família, Heloisa [mãe], José Airton [pai], Alexandre [irmão], Karine [cunhada], Karine [irmã] e Andrea [cunhada], pelo amor constante e pelo apoio prestado durante todo o processo de elaboração da pesquisa.

A todos, **muito obrigada!**

RESUMO

O Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) afeta aproximadamente três a oito por cento das mulheres em idade fértil. Tal quadro é caracterizado por uma miríade de manifestações psicológicas (tristeza, irritabilidade, choro fácil, etc.) e físicas (dores nas articulações, inchaço, sensibilidade mamária etc.). O TDPM gera enorme sofrimento a mulheres que apresentam esse quadro, acarretando disfunção no trabalho, nas relações interpessoais e prejuízo na qualidade de vida. A sintomatologia é cíclica e surge na fase lútea do ciclo menstrual, desaparecendo após o início da menstruação. Temperamentos afetivos são considerados manifestações subclínicas e precursores dos transtornos afetivos. Neste trabalho, buscou-se validar a Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais (PSST), bem como verificar se diferentes temperamentos afetivos e dimensões emocionais estariam associados a um rastreamento positivo para TDPM em uma amostra de mulheres brasileiras e como a gravidade destes sintomas poderia impactar de modo independente a qualidade de vida nesta amostra. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal realizado em instituições universitárias do Estado do Ceará [Universidade Federal do Ceará – UFC, Centro Universitário Christus – Unichristus e Universidade de Fortaleza – UNIFOR, bem como no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)], com estudantes universitárias, docentes e profissionais da saúde, totalizando uma amostra de 801 mulheres. Esta amostra foi estudada através do PSST, de um instrumento para temperamentos afetivos e emocionais (AFECTS), sintomas depressivos (PHQ-9), sintomas ansiosos (BAI) e qualidade de vida (WHOQOL-bref). Os critérios de exclusão foram os seguintes: (i) recusa a participar; (ii) uso de medicação psicotrópica nos últimos dois meses; (iii) não estar tendo menstruações (por exemplo, estar gestante ou na menopausa) e (iv) voluntárias com idade abaixo de 18 anos ou acima de 55 anos. O trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da UFC. A versão brasileira do PSST apresentou alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,91) e adequada confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclassa = 0,867). O instrumento também mostrou adequada validade convergente/discriminante sem redundância, verificada por correlações moderadas entre os escores do PSST com sintomas depressivos e ansiosos. A razão de validade de conteúdo (RVC) e o índice de validade de conteúdo (IVC) foram 0.61 e 0.94, respectivamente, indicando boa validade de conteúdo. Estes achados sugerem que o PSST é um instrumento válido e confiável para a triagem de SPM/TDPM em mulheres brasileiras. O temperamento ciclotímico foi associado de maneira independente com o TDPM (OR = 4,57; IC 95%: 2,11–9,90), enquanto o temperamento eutímico teve um efeito protetor

independente (OR = 0,28; IC 95%: 0,12–0,64). Além disso, raiva e sensibilidade emergiram como dimensões emocionais significativamente associadas com o TDPM. Finalmente, um rastreio positivo para SPM/TDPM foi associado com um impacto negativo na qualidade de vida. Estes resultados precisam ser confirmados em estudos prospectivos, e podem ter implicações para a compreensão psicopatológica e tratamento do TDPM.

Palavras-chave: Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. Temperamentos Afetivos. Qualidade de vida. Validação.

ABSTRACT

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) affects approximately three to eight percent of women of childbearing age. This situation is characterized by a myriad of psychological (sadness, irritability, tearfulness, etc.) and physical (joint pain, bloating, breast tenderness, etc.) manifestations. PMDD generates significant distress to women leading to psychosocial dysfunction and impaired quality of life. The symptoms are cyclical and appear in the luteal phase of the menstrual cycle, disappearing after the onset of menstruation. Affective Temperaments are considered subclinical manifestations and intermediate phenotypes of affective disorders. In this work, we sought to validate the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). In addition, we aimed to verify if different affective temperaments and emotional dimensions could be associated with a positive screening for PMDD in a sample of Brazilian women and how the severity of premenstrual symptoms could independently impact the quality of life of this sample. This is a quantitative and cross-sectional study in universities of Ceará [Federal University of Ceará - UFC, University Centre Christus - Unichristus and University of Fortaleza – UNIFOR, as well as at the University Hospital Walter Cantídio (HUWC)], with university students, teachers and health professionals. Study participants (N=801) answered the PSST, an instrument that measures affective temperaments and emotional temperaments (AFECTS), depressive symptoms (PHQ-9), anxiety symptoms (BAI) and quality of life (WHOQOL-BREF). Exclusion criteria were as follows: (i) refusal to participate; (ii) use of psychotropic medications in the past two months; (iii) not having periods (e.g., being pregnant or menopausal) and (iv) volunteers aged under 18 or over 55 years. The study was submitted and approved by the Research Ethics Committee of HUWC. The Brazilian version of the PSST showed high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.91) and adequate test-retest reliability (intraclass correlation coefficient = 0.867). The test also showed adequate convergent/discriminant validity without redundancy, as there were moderate correlations between PSST scores and depressive (assessed by PHQ-9) and anxiety (measured by the BAI) scores. The content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) were 0.61 and 0.94, respectively, indicating good content validity. These findings suggest that the PSST is a valid and reliable instrument to screen for PMS/PMDD in Brazilian women. The cyclothymic temperament was independently associated with PMDD (OR = 4.57; 95% CI: 2.11–9.90), while the euthymic temperament had an independent protective effect (OR = 0.28; 95% CI: 0.12–0.64). In addition, anger and sensitivity emerged as emotional dimensions significantly associated with PMDD. Finally, a positive screening for

PMS/PMDD by the PSST was associated with worse quality of life. These results need to be confirmed in prospective studies, and may have implications for the psychopathological understanding and treatment of PMDD.

Keywords: Premenstrual Dysphoric Disorder. Affective Temperaments. Quality of life. Validation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Associação da SPM/TDPM com a QV.....	43
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Critérios diagnósticos para o TDPM segundo o DSM-V	18
Tabela 2	– Temperamentos afetivos em relação às dimensões emocionais	22
Tabela 3	– Descrição dos temperamentos afetivos	23
Tabela 4	– Características sociodemográficas da amostra I	39
Tabela 5	– Avaliação da validade de critério	40
Tabela 6	– Associação do diagnóstico de SPM/TDPM com sintomas depressivos e ansiosos	41
Tabela 7	– Características sociodemográficas da amostra II	44
Tabela 8A	– Associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM	46
Tabela 8B	– Associação entre as dimensões emocionais e o TDPM	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFFECTS	Escala de Temperamento Emocional e Afetivo
APA	Associação Psiquiátrica Americana
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
CID	Classificação Internacional de Doenças
CGF	Cinco Grandes Fatores da Personalidade
COR	Característica de Operação do Receptor
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
ISRS	Inibidores seletivos de recaptção de serotonina
IVC	Índice de validade de conteúdo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	Questionário de Saúde do Paciente
PSST	Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RVC	Razão de validade de conteúdo
SPM	Síndrome Pré-Menstrual
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Transtorno Bipolar
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
UFC	Universidade Federal do Ceará
Unichristus	Centro Universitário Christus
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-bref	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – versão resumida

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
χ^2	Qui-quadrado
P	Significância
gl	Graus de liberdade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual	16
1.2	Variáveis de personalidade e TDPM	19
1.3	Temperamentos afetivos, dimensões emocionais e TDPM	21
1.4	Psicofarmacologia do TDPM	24
1.5	TDPM e Qualidade de Vida	25
1.6	Justificativa	27
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo geral	27
2.2	Objetivos específicos	28
3	METODOLOGIA	28
3.1	Características gerais do estudo	28
3.1.1	<i>Local</i>	28
3.1.2	<i>População</i>	28
3.1.2.1	<i>Amostra I (validação)</i>	28
3.1.2.2	<i>Amostra II (Temperamentos afetivos)</i>	29
3.2	Crítérios de seleção	29
3.2.1	<i>Crítérios de inclusão</i>	29
3.2.2	<i>Crítérios de exclusão</i>	29
3.3	Procedimentos de coleta de dados	30
3.3.1	<i>Desenvolvimento da versão em Português Brasileiro do PSST</i>	30
3.4	Medidas	31
3.4.1	<i>Questionário de dados sociodemográficos e de saúde</i>	31
3.4.2	<i>Escala de Temperamento Emocional e Afetivo</i>	31
3.4.3	<i>Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais</i>	32
3.4.4	<i>Questionário de Saúde do Paciente</i>	33
3.4.5	<i>Inventário de Ansiedade de Beck</i>	34
3.4.6	<i>Versão abreviada da Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde</i>	34
3.5	Análise estatística	35
3.5.1	<i>Validação da versão em Português Brasileiro do PSST</i>	35

3.5.2	<i>Temperamentos afetivos, dimensões emocionais e rastreio para o TDPM</i>	37
3.6	<i>Aspectos éticos</i>	37
4	RESULTADOS	38
4.1	Validação da versão em Português Brasileiro do PSST	38
4.1.1	<i>Validade do construto</i>	40
4.1.2	<i>Validade de conteúdo</i>	40
4.1.3	<i>Confiabilidade de consistência interna</i>	42
4.1.4	<i>Confiabilidade teste-reteste</i>	42
4.1.5	<i>Associação da SPM/TDPM com a QV</i>	42
4.2	Temperamentos afetivos estão associados com rastreio positivo para TDPM	42
4.2.1	<i>Características da amostra II</i>	42
4.2.2	<i>Associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM</i>	43
4.2.3	<i>Associação entre as dimensões emocionais e o TDPM</i>	45
5	DISCUSSÃO	45
5.1	Validação da versão em Português Brasileiro do PSST	45
5.2	Associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM	46
6	PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES	48
7	CONCLUSÃO	48
8	ARTIGOS SUBMETIDOS	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
	APÊNDICE B – Questionário para avaliação da Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais traduzida para o português brasileiro	59
	APÊNDICE C – Questionário de dados sociodemográficos e de saúde	63
	ANEXO A – Escala de Temperamento Emocional e Afetivo	64
	ANEXO B – Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais	67
	ANEXO C – Questionário de Saúde do Paciente	68
	ANEXO D – Inventário de Ansiedade de Beck	69
	ANEXO E – Versão abreviada da Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno Disfórico Pré-Menstrual

Eventos da vida reprodutiva feminina são frequentemente acompanhados por mudanças físicas e psicológicas associadas com um impacto negativo no funcionamento das mulheres (YONKERS, O'BRIEN e ERIKSSON, 2008). Mais de 80% das mulheres experienciam um dos sintomas pré-menstruais definidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (HE *et al.*, 2009). Para muitas, humor irritável e depressivo ocorre mais em períodos pré-menstruais do que durante o resto do ciclo menstrual (ROMANS *et al.*, 2012). Usualmente os sintomas são leves, mas estima-se que 20–35% das mulheres apresentam sintomas pré-menstruais moderados a graves, associados a prejuízos funcionais e deterioração das relações interpessoais (YONKERS, O'BRIEN e ERIKSSON, 2008), e três a oito por cento apresentam o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), forma mais grave da Síndrome Pré-Menstrual (SPM) (RAMCHARAN *et al.*, 1992; STEINER, 2000; HARIRI *et al.*, 2013). Recentemente, em 2013, o TDPM foi incluído na seção II do DSM-5 como uma forma de transtorno depressivo, cujos sintomas se manifestam na fase lútea do ciclo menstrual e desaparecem com o início da menstruação (STEINER, 2000; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

De acordo com o DSM-5, a SPM é mais comum e menos grave que o TDPM, não sendo necessária a presença de, no mínimo, cinco sintomas, nem de sintomas afetivos. A presença de sintomas físicos ou comportamentais, sem os sintomas afetivos, provavelmente atende aos critérios para SPM e não para o TDPM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Ao contrário de outros transtornos do humor, os sintomas afetivos relacionados ao TDPM são cíclicos e fortemente relacionados ao ciclo menstrual, por isso há o desaparecimento dos sintomas durante a gravidez e após a menopausa (STEIN, KUPFER e SCHATZBERG, 2007).

Segundo o DSM-5, o TDPM caracteriza-se pela presença de, no mínimo, cinco sintomas e pelo menos um dos seguintes sintomas deve estar presente: (1) humor marcadamente deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos; (2) ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar tenso ou no limite; (3) labilidade emocional acentuada (por exemplo, sentindo-se subitamente triste ou sensibilidade aumentada à rejeição); (4) irritabilidade ou raiva acentuada, ou aumento dos conflitos interpessoais. É importante ressaltar que, para se ter o diagnóstico de TDPM, os sintomas apresentados devem

estar associados a sofrimento clinicamente significativo ou interferência no trabalho, na escola, nas atividades sociais habituais ou relacionamentos com outras pessoas. Ademais, a presença do padrão cíclico de sintomas deve ser confirmada por dois ciclos menstruais consecutivos, e devem estar presentes na maioria dos meses anteriores durante o ano (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003). Na Tabela 1, encontram-se os critérios diagnósticos para o TDPM conforme o DSM-5.

Relatórios variados na literatura sobre a prevalência de TDPM dependem, em parte, das definições utilizadas. Estudar a prevalência do TDPM em amostras comunitárias tem sido um desafio porque os critérios diagnósticos do DSM-5 para o TDPM requerem uma aferição prospectiva dos sintomas por 2 ciclos consecutivos, a exclusão de outros transtornos psiquiátricos e condições médicas, e avaliação do comprometimento funcional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). A Associação Psiquiátrica Americana (APA) reconhece explicitamente no DSM-5 que a prevalência do TDPM situa-se entre 1,8% e 5,8% das mulheres em idade fértil. No entanto, a prevalência do TDPM pode variar em diferentes culturas, como mostrado por uma prevalência relatada de apenas 1,2% em um estudo japonês de 1.152 mulheres com idade 15–49 anos (TAKEDA *et al.*, 2006). Nos Estados Unidos, um estudo de base domiciliar entrevistou 1.246 mulheres (com idades entre 13–55 anos), e as participantes completaram uma lista de sintomas recorrentes que ocorriam por mais de 2 ciclos menstruais. Neste estudo, apenas 1,6% das mulheres foram diagnosticadas com TDPM usando os estritos critérios do DSM-IV-TR (GEHLERT *et al.*, 2009).

O método tradicional para o diagnóstico da SPM/TDPM é através do mapeamento diário prospectivo de sintomas por 2 ciclos sintomáticos consecutivos (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003). No entanto, este método exige tempo e pode reduzir a disponibilidade dos dados, uma vez que uma proporção significativa de mulheres se recusam a responder ou não preenchem corretamente os gráficos (JOHNSON, 2004; TAKEDA *et al.*, 2006). Além disso, o DSM-IV e o DSM-5 não possuem critérios que determinem a gravidade do TDPM (HARTLAGE, BREAUX e YONKERS, 2014). Diante da dificuldade de diagnosticar o TDPM e, tendo em vista a relevância epidemiológica deste transtorno, bem como o seu impacto na vida das mulheres, Steiner e colegas (2003) desenvolveram um instrumento de rastreio para facilitar a identificação de mulheres com SPM/TDPM. A Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais (PSST, sigla em inglês para *Premenstrual Symptoms Screening Tool*) inclui uma lista de sintomas pré-menstruais, 13 psicológicos tais como depressão, ansiedade, irritabilidade e diminuição no interesse de atividades diárias, e

Tabela 1. Critérios diagnósticos para o TDPM segundo o DSM-5

-
- A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na última semana antes do início da menstruação, começando a melhorar alguns dias após o início da menstruação, e se tornando mínimos ou ausentes nas semanas subsequentes à menstruação.
- B. Um ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes:
1. Labilidade emocional acentuada (por exemplo, sentindo-se subitamente triste ou sensibilidade aumentada à rejeição).
 2. Irritabilidade ou raiva acentuada, ou aumento dos conflitos interpessoais.
 3. Humor marcadamente deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos.
 4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar tenso ou no limite.
- C. Um ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes, adicionalmente, para chegar a um total de cinco sintomas quando combinados com os sintomas do critério B acima.
1. Diminuição do interesse em atividades habituais (por exemplo, trabalho, escola, amigos, hobbies).
 2. Dificuldade de concentração.
 3. Letargia, cansaço fácil ou falta de energia acentuada.
 4. Alterações no apetite; comer em excesso ou compulsões alimentares específicas.
 5. Hipersônia ou insônia.
 6. Sensação de estar sobrecarregada ou fora de controle.
 7. Sintomas físicos como sensibilidade mamária, inchaço, dor nas articulações, dores musculares ou ganho de peso.
- D. Os sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo ou interferência no trabalho, na escola, nas atividades sociais habituais ou relacionamentos com outras pessoas (por exemplo, evitar atividades sociais; diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).
- E. O distúrbio não é meramente uma exacerbação dos sintomas de outra doença, como transtorno depressivo maior, transtorno do pânico, transtorno depressivo persistente (distímia), ou um transtorno de personalidade (embora possa coexistir com qualquer um desses transtornos).
- F. O critério A deve ser confirmado por avaliações diárias por pelo menos dois ciclos sintomáticos (Nota: o diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação).
- G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou de outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).
-

Fonte: DSM-5 (adaptada pelo autor)

cinco sintomas físicos (sensibilidade mamária, inchaço, ganho de peso, dor muscular e dor de cabeça), bem como uma medida de prejuízo em situações diárias geradas por tais sintomas. Trata-se de um instrumento de rastreamento de autorrelato simples e eficaz, capaz de detectar o impacto e a gravidade dos sintomas pré-menstruais em um curto espaço de

tempo, sendo mais prático e rápido do que a avaliação prospectiva de dois ciclos menstruais (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003; HARIRI *et al.*, 2013). O instrumento pode facilitar a identificação não somente de mulheres que sofrem de TDPM, mas também de mulheres que apresentam sintomas pré-menstruais clinicamente significativos, mas que não fecham critérios para o diagnóstico de TDPM. Portanto, o PSST identifica aquelas mulheres que se beneficiariam de uma avaliação clínica mais pormenorizada, sem exigir o monitoramento de sintomas por 2 ciclos reprodutivos (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003). Traduções validadas desse questionário estão disponíveis em diversos idiomas, como hindu, polonês, italiano, espanhol, coreano, chinês, sueco e tailandês (HARIRI *et al.*, 2013). Na Alemanha, o presente instrumento já foi validado (BENTZ, STEINER e MEINLSCHMIDT, 2012), onde mostrou boa confiabilidade e houve correlações moderadas entre os resultados coletados prospectivamente e os sintomas pré-menstruais nucleares do DSM-5 (indicando validade convergente) e, como esperado, não houve correlação entre os resultados coletados prospectivamente no período pós-menstrual e os sintomas descritos no DSM-IV (indicando validade divergente) (BENTZ, STEINER e MEINLSCHMIDT, 2012). Em um estudo iraniano, no qual as propriedades psicométricas do PSST foram avaliadas em uma amostra composta por 925 estudantes do sexo feminino, o instrumento revelou ser uma medida válida e confiável (alfa de Cronbach = 0,93) para o rastreio da SPM e do TDPM (HARIRI *et al.*, 2013).

1.2 Variáveis de personalidade e TDPM

A psicologia da personalidade vem sendo alvo de escrutínio científico crescente na última década (GINGNELL *et al.*, 2010; TELEK *et al.*, 2010; ALUJA *et al.*, 2013). Há muito, a gravidade de sintomas pré-menstruais esteve clinicamente associada a variáveis da personalidade (FREEMAN, SCHWEIZER e RICKELS, 1995). Grande parte dos atuais estudos em personalidade é baseada em modelos heurísticos, como o modelo de McCrae e Costa dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (CGF), a saber: Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência (LARA *et al.*, 2012). O neuroticismo envolve a tendência a experimentar afetos negativos, como tristeza, medo, vergonha, raiva e culpa, assim como tendência para o descontrole emocional e dificuldade em lidar com problemas e estresse; a extroversão representa a tendência a ser afirmativo, otimista, alegre e sociável; a amabilidade se refere ao altruísmo, benevolência, solicitude e inclinação a perdoar; a conscienciosidade contempla aspectos ligados ao dever, planejamento, execução de

tarefas, organização, responsabilidade, bem como prudência e escrúpulos morais, e a abertura à experiência tem como principais características a imaginação, a curiosidade intelectual, a sensibilidade estética, a abertura a ideias e tolerância ao que não é familiar (LARA *et al.*, 2012). Há também o modelo de Zuckerman dos Cinco Grandes Fatores Alternativos da Personalidade, que incluem Impulsiva Busca por Sensação, Neuroticismo-Ansiedade, Agressão-Hostilidade, Sociabilidade e Atividade (ZUCKERMAN *et al.*, 1993; GARCIA *et al.*, 2012), o modelo psicobiológico de Cloninger do Caráter e do Temperamento, antes composto por apenas três fatores do temperamento (Busca de Novidades, Evitação de Dano e Dependência de Recompensa), revisado e expandido para sete fatores, sendo quatro fatores do temperamento (os três anteriores, adicionado do fator Persistência) e três fatores do caráter (Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência) (CLONINGER, SVRAKIC e PRZYBECK, 1993; GARCIA *et al.*, 2012), entre outros modelos. No entanto, visto que existem muitas teorias da personalidade em estudos de Psicologia, a pouca uniformidade e homogeneização dos dados torna difícil a comparação dos resultados. Ainda assim, muitos achados sugestivos são relatados na literatura acerca deste tema. De acordo com Freeman, Schweizer e Rickels (1995), utilizando o modelo psicobiológico de Cloninger, medido pelo Questionário de Personalidade Tridimensional, que avalia apenas três fatores do temperamento, baseado no modelo de personalidade anterior deste autor (Busca por Novidades, Evitação de Dano e Dependência de Recompensa), padrões de sintomas pré-menstruais específicos foram associados a dimensões específicas da personalidade em uma amostra americana de pacientes ambulatoriais diagnosticadas com SPM. Traços como evitação de dano esteve associado com queixas somáticas e depressivas, enquanto que o traço buscador de novidades foi associado com variações de humor e compulsão alimentar (FREEMAN, SCHWEIZER e RICKELS, 1995). Outro estudo, utilizando, desta vez, o Inventário de Personalidade de Eysenck, observou alta correlação entre neuroticismo e sintomas emocionais (especialmente, sentir-se “desajeitada” e compulsão alimentar) da SPM (BANCROFT, 1995). Ainda na Teoria dos Cinco Grandes Fatores, Gingnell e colegas (2010) realizaram um estudo associando variáveis de personalidade, TDPM e polimorfismo genético de transportadores de serotonina (5-HTTLPR). Neste estudo, foi observado que mulheres com TDPM apresentaram altos níveis de traços de personalidade associados ao neuroticismo (traços de ansiedade psíquicos, traços de ansiedade somáticos, susceptibilidade ao estresse e desconfiança) do que controles saudáveis, principalmente aquelas que relataram mais sofrimento com sintomas severos da fase lútea (GINGNELL *et al.*, 2010). Ademais, pacientes com TDPM, com pelo menos uma cópia do alelo curto do polimorfismo 5-HTTLPR, tiveram

altos escores em traços psíquicos de ansiedade e falta de assertividade do que pacientes com TDPM homozigóticas para o alelo longo, sugerindo diferenças nos traços de personalidade de pacientes com TDPM associadas com o alelo curto do polimorfismo 5-HTTLPR (GINGNELL *et al.*, 2010). Um estudo realizado em mulheres da Hungria, as quais não fecham os critérios diagnósticos para TDPM, sugere que um perfil de personalidade caracterizado por baixos escores na evitação de dano, bem como boa resolução de problemas e habilidades de enfrentamento (*coping*), atua como um fator protetor contra o desenvolvimento de sintomas referentes ao TDPM (TELEK *et al.*, 2010). Estes resultados indicam uma forte associação entre variáveis da personalidade e TDPM, na qual se observa que a personalidade pode influenciar a manifestação dos sintomas pré-menstruais tanto como um fator de risco, quanto como um fator de proteção. Entretanto, esta correlação ainda não é clara, necessitando de mais estudos na área.

1.3 Temperamentos afetivos, dimensões emocionais e TDPM

Há mais de 90 anos, o trabalho seminal de Kraepelin (1921) reconheceu as quatro disposições afetivas básicas (depressiva, maníaca, ciclotímica e irritável), as quais ele acreditava serem formas subclínicas e frequentemente precursoras de psicoses afetivas maiores. Ele pensava que estas predisposições afetivas tinham suas raízes na adolescência (KRAEPELIN, 1921). O conceito moderno de temperamentos afetivos, como operacionalizado em pesquisa por Akiskal e colaboradores (2005a; 2005c) foi baseado primariamente no trabalho de Kraepelin (1921) e Kretschmer (1936) e foram derivados de observações tanto clínicas como teóricas. Recentemente, Lara *et al.* (2012) propôs um sistema baseado numa abordagem integrativa na qual temperamento é concebido como um sistema autorregulado com seis dimensões emocionais: vontade, raiva, inibição, sensibilidade, *coping* e controle, conforme a Tabela 2, correspondentes aos modelos emocionais de McCrae e Costa (1985), Gray (1986), Cloninger *et al.* (1993) e Rothbart *et al.* (2000). Diferentes combinações destas seis dimensões emocionais resultam em 12 tipos de temperamentos (depressivo, ansioso, ciclotímico, disfórico, irritável, hipertímico, eufórico, desinibido, volátil, apático, obsessivo e eutímico, descritos na Tabela 3) (LARA *et al.*, 2012). Pela Tabela 2, pode-se ver que a vontade muito alta é característica de eutímicos e hipertímicos, favorecendo as conquistas de longo prazo, e é muito deficiente em depressivos, que têm dificuldade de se projetar no mundo. Já a raiva e o desejo são muito baixos em eutímicos, que buscam resolver seus problemas de forma mais pacífica e não são tão vulneráveis aos impulsos do prazer. A

sensibilidade, o *coping* e o controle são componentes importantes para a adaptação ao ambiente e autorregulação. Percebe-se que a sensibilidade é bastante alta e o *coping* é baixo nos temperamentos afetivos instáveis (ciclotímico, disfórico e volátil) e internalizantes (depressivo, evitativo e apático), ou seja, os sujeitos que apresentam tais temperamentos tem uma maior propensão a se desestabilizar frente ao estresse e a apresentar dificuldade de lidar com os problemas (LARA *et al.*, 2012).

Temperamentos afetivos podem ser uma parte geneticamente determinada da personalidade (GONDA *et al.*, 2006; RIHMER *et al.*, 2010), sendo relativamente estáveis durante a vida (KAWAMURA *et al.*, 2010), e sendo um núcleo para transtornos afetivos (AKISKAL *et al.*, 2005b). Temperamentos afetivos predominantes podem ser considerados endofenótipos para transtornos psiquiátricos (LARA e AKISKAL, 2006; LARA *et al.*, 2006; OTTONI *et al.*, 2010). Lazary *et al.* (2009) sugerem que os temperamentos ciclotímico, depressivo e ansioso estão associados com sintomas depressivos na população geral. Este modelo, baseado nos temperamentos afetivos, surge como uma proposta de adequação dos avanços da psicologia, psiquiatria, neuroquímica e neuroanatomia à classificação nosológica atual, considerada eminentemente categorial e portadora de muitas outras limitações: incapaz de considerar características subsindrômicas na diátese dos transtornos psiquiátricos, gerativa de uma considerável versatilidade dos psicofármacos em tratar muitos transtornos distintos, falta de “zonas de raridade” entre eles e alta comorbidade de transtornos. Lara *et al.* (2006)

Tabela 2. Temperamentos afetivos em relação às dimensões emocionais

	Inibição	Coping	Vontade	Controle	Raiva	Sensibilidade
Depressivo	↑↑	↓↓	↓↓	↔	↔	↑↑
Ansioso	↑↑	↓	↔	↑	↔	↑↑
Ciclotímico	↔	↓	↔	↓	↑↑	↑↑
Disfórico	↔	↓	↔	↔	↑↑	↑↑
Apático	↑	↓↓	↓	↓↓	↓	↔
Eutímico	↔	↑↑	↑	↑↑	↓↓	↓↓
Irritável	↔	↑	↑	↑	↑↑	↔
Volátil	↓	↓↓	↔	↓↓	↑	↑↑
Desinibido	↓↓	↔	↑	↓↓	↔	↔
Hipertímico	↓↓	↑↑	↑↑	↑↑	↓	↓↓
Obsessivo	↔	↑	↑	↑↑	↑	↑
Eufórico	↓↓	↑	↑	↔	↑↑	↔

↑↑ muito alto, ↑ alto, ↔ médio, ↓ baixo, ↓↓ muito baixo

Fonte: Lara *et al.* (2012)

Tabela 3. Descrição dos temperamentos afetivos

Depressivo	Tenho tendência à tristeza e à melancolia; vejo pouca graça nas coisas; tendo a me desvalorizar; não gosto muito de mudanças; prefiro ouvir a falar.
Ansioso	Sou muito preocupado e cuidadoso; frequentemente me sinto inseguro e apreensivo; tenho medo de que coisas ruins aconteçam; tento evitar situações de risco; estou sempre alerta e vigilante.
Apático	Tenho pouca iniciativa; com frequência me desligo do que os outros estão dizendo ou fazendo; muitas vezes não concluo o que comecei; tendo à passividade e sou um pouco lento.
Obsessivo	Sou exigente, dedicado, perfeccionista, detalhista e rígido; preciso ter o controle das coisas; não lido bem com incertezas e erros.
Ciclotímico	Meu humor é imprevisível e instável (altos e baixos), muda rapidamente ou de maneira desproporcional aos fatos; tenho fases de grande energia, entusiasmo e agilidade que se alternam com outras fases de lentidão, perda de interesse e desânimo.
Disfórico	Tenho uma forte tendência a me sentir agitado, tenso, ansioso e irritado ao mesmo tempo.
Eutímico	Meu humor é equilibrado e previsível, costuma mudar só quando há um motivo claro; tenho boa disposição e, em geral, me sinto bem comigo mesmo.
Irritável	Sou muito sincero, direto e determinado, mas também irritado, explosivo e desconfiado.
Volátil	Sou dispersivo, inquieto, desligado e desorganizado; às vezes sou precipitado ou inconveniente e só me dou conta mais tarde; mudo de interesse rapidamente; tenho dificuldade em concluir tarefas e fazer o que deveria.
Desinibido	Sou inquieto, ativo, espontâneo e distraído; muitas vezes ajo de maneira precipitada e inconsequente; é muito comum eu deixar para fazer as coisas na última hora; quando me irrita, logo fico bem de novo.
Hipertímico	Estou sempre de bom humor, sou muito confiante e me divirto facilmente; adoro novidades; faço várias coisas sem me cansar; vou atrás do que quero até conquistar; tenho forte tendência à liderança.
Eufórico	Sou expansivo, rápido, falante e intenso; tenho muitas ideias e me distraio facilmente; sou imediatista, explosivo e impaciente; me exponho a riscos por excesso de confiança ou empolgação; exagero no que me dá prazer; não gosto de rotina e de regras.

Fonte: Lara et al. (2012)

propuseram um modelo ortogonal e bidimensional baseado no medo e na raiva como os principais vetores da matriz diagnóstica (os quais podemos associar atividade serotoninérgica, GABAérgica e noradrenérgica e ativação diferencial da amígdala como substrato neurofisiológico e neuroanatômico para o medo e associar atividade dopaminérgica e glutamatérgica e ativação diferencial do nucleus accumbens como substrato neurofisiológico e neuroanatômico para a raiva), o qual proporciona ao clínico a possibilidade de racionar farmacologicamente e psicoterapeuticamente, dentro de uma abordagem nosológica e

neurocientífica, integrando psicologia, psiquiatria e neurociências à prática clínica, sem “ruídos” na tradução de uma linguagem para a outra. Tal modelo mostra que o temperamento hipertímico está correlacionado positivamente com busca de novidade (raiva) e negativamente com evitação de dano (medo), o temperamento depressivo correlaciona-se positivamente com evitação de dano e negativamente com busca de novidade e o temperamento ciclotímico correlaciona-se positivamente com ambos (LARA *et al.*, 2006).

Ainda não foram realizados estudos explorando a associação entre diferentes traços emocionais e temperamentos afetivos com o TDPM, tampouco com a gravidade dos sintomas pré-menstruais. Considerando a neurofisiologia dos temperamentos, por um lado, e do TDPM, por outro, podemos considerar a hipótese de que tipos de temperamentos onde há importante papel do neurotransmissor serotonina com consequente ativação diferencial da amígdala como, por exemplo, os temperamentos disfórico, depressivo, ansioso e ciclotímico, serviriam como importantes fatores predisponentes ao TDPM (LARA *et al.*, 2006; YONKERS, O'BRIEN e ERIKSSON, 2008; GINGNELL *et al.*, 2012). Portanto, este estudo é inovador por investigar associações inexploradas entre temperamentos afetivos e TDPM.

1.4 Psicofarmacologia do TDPM

Nas últimas décadas, vários psicotrópicos, especialmente antidepressivos, tem sido testados no TDPM, o que se apoia num conjunto de evidências clínicas e epidemiológicas que indicam a existência de uma relação bastante próxima entre os transtornos do humor e o TDPM (CHENIAUX, 2006). A depressão é mais prevalente no sexo feminino. Na mulher, os episódios depressivos são mais comuns durante os anos reprodutivos e muito frequentemente se iniciam ou se tornam mais intensos em períodos pré-menstruais (CHENIAUX, 2006). Além disso, há muitos sintomas em comum entre o TDPM e a depressão, sendo bastante alta a taxa de comorbidade entre esses dois transtornos mentais (YONKERS, 1996).

Muitos ensaios clínicos realizados para avaliar a eficácia dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) para o tratamento da SPM/TDPM têm demonstrado, geralmente, uma taxa de resposta de 60–90% para o tratamento ativo contra 30–40% para o placebo (YONKERS, O'BRIEN e ERIKSSON, 2008). Os ISRS reduzem os sintomas psicológicos e as queixas somáticas, bem como melhoram a qualidade de vida e o funcionamento social. Acredita-se que tais medicamentos devem ser considerados o tratamento de primeira linha em pacientes com SPM que apresentam sintomas graves de

humor (DIMMOCK *et al.*, 2000; YONKERS, O'BRIEN e ERIKSSON, 2008). Estudos mostram que os ISRS são mais efetivos que os antidepressivos que afetam predominantemente a transmissão noradrenérgica (ERIKSSON *et al.*, 1995; YONKERS, O'BRIEN e ERIKSSON, 2008). Em pesquisa realizada por Eriksson *et al.* (1995), na qual se comparou o efeito da paroxetina, um ISRS, com a maprotilina, um inibidor seletivo de recaptção de noradrenalina, no tratamento de mulheres com SPM, constatou-se que a redução de sintomas (irritabilidade, aumento do apetite, inchaço e sensibilidade mamária) foi significativamente maior com a paroxetina do que com a maprotilina. O uso de fluoxetina e sertralina também tem demonstrado eficácia para o tratamento tanto de sintomas psicológicos como físicos e ambos os psicofármacos levam a um melhor funcionamento psicossocial, desempenho no trabalho e qualidade de vida (PEARLSTEIN *et al.*, 2000). Para as mulheres com ansiedade persistente após a administração adequada de ISRS, ansiolíticos podem ser adicionados durante a fase lútea do ciclo menstrual (LAWSHE, 1975a).

Por outro lado, há estudos que indicam semelhanças clínicas e epidemiológicas significativas entre TDPM e bipolaridade. Por exemplo, uma proporção significativa de mulheres com transtorno bipolar (TB) apresenta um agravamento na sintomatologia afetiva na fase pré-menstrual (NUNNALLY e BERNSTEIN, 1994; TEATERO, MAZMANIAN e SHARMA, 2014). Ademais, o TDPM é, frequentemente, uma condição comórbida de transtornos do espectro bipolar, notavelmente o TB tipo II e ciclotimia (FORNARO e PERUGI, 2010), enquanto as mulheres com TDPM experimentam, amiúde, labilidade afetiva, irritabilidade e tensão interna, que ocorrem simultaneamente com sintomas depressivos, assemelhando-se, assim, a um estado afetivo misto. Em estudo realizado com o PSST, observou-se que a prevalência de sintomas pré-menstruais moderados a graves foi significativamente maior em pacientes com TB tipo II do que no grupo controle (CHOI *et al.*, 2011). Estes achados parecem indicar uma possível relação entre as duas condições. Entretanto, o diagnóstico diferencial da SPM grave com o TB ainda é um desafio clínico (STUDD, 2012).

1.5 TDPM e Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) compreende a intercorrelação entre basicamente três fatores: físico, psicológico e social (NEZNANOV e PETROVA, 2002). Configura-se um conceito bastante complexo, pois abrange saúde física; estado psicológico; nível de independência; relacionamentos sociais; crenças espirituais, religiosas e pessoais; e relação

com o ambiente (SKEVINGTON, 2002). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), QV é a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p.1405). O grupo de avaliação da QV da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL) propôs que estas percepções e interpretações se originam na cultura à qual a pessoa pertence (SKEVINGTON, 2002).

De acordo com a literatura, a QV e seus domínios em mulheres com TDPM é bastante prejudicada, independentemente dos critérios utilizados no diagnóstico (DEAN *et al.*, 2006; TAGHIZADEH *et al.*, 2008; SCHIOLA *et al.*, 2011). O impacto negativo do TDPM na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode ser comparado ao impacto do transtorno distímico neste quesito e não muito menor do que o do transtorno depressivo maior (PEARLSTEIN *et al.*, 2000; HALBREICH *et al.*, 2003). Segundo Dennerstein *et al.* (2010), os sintomas pré-menstruais, sejam eles físicos ou mentais, têm um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres, sendo seu efeito proporcional à gravidade do sintoma perceptível. O estudo assevera que até 35% das mulheres em idade reprodutiva na Europa e na América Latina foram afetadas moderadamente ou severamente em suas atividades diárias por estes sintomas pré-menstruais, os quais interferem desde atividades de trabalho e estudo, até relações pessoais e afetivas (DENNERSTEIN *et al.*, 2010). Em um estudo de Yang e cols. (2008), foi observado um maior impacto negativo do TDPM nos domínios mental/emocional do que no domínio físico da QVRS, medido pelo SF-12v2. Ainda neste estudo, viu-se que o impacto negativo do TDPM em domínios como dor corporal e saúde mental foi maior do que algumas patologias físicas, como dor nas costas crônica, hipertensão e diabetes (YANG *et al.*, 2008). Outros estudos relatam que a presença do TDPM, em geral, foi associada com baixos escores significativos nos componentes mentais e físicos do SF-36, em comparação com mulheres sem TDPM (BORENSTEIN *et al.*, 2003; NISAR *et al.*, 2008). Ademais, em estudo realizado com adolescentes, observou-se uma diferença estatisticamente significativa na saúde mental e vitalidade, medidos pelo SF-36, na forma grave da SPM em comparação com a SPM leve e moderada, sugerindo que o aumento da gravidade dos sintomas resulta em diminuição da qualidade da saúde mental e vitalidade (TAGHIZADEH *et al.*, 2008). Finalmente, constatou-se que mulheres com muitos sintomas pré-menstruais têm significativamente mais estresse e pior qualidade de vida do que mulheres com baixos sintomas pré-menstruais (LUSTYK *et al.*, 2004).

De acordo com estes estudos, geralmente, a avaliação da QV em mulheres com TDPM é feita mediante a utilização do instrumento SF-36 ou sua versão reduzida. Desse

modo, não há relatos na literatura de aferições da QV feitas através do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (em Inglês, *World Health Organization – WHO*) especialmente para este fim, o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-100 ou o WHOQOL-bref – sua versão reduzida (FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000). Este instrumento, amplamente utilizado em pesquisas em saúde ao redor do mundo, mede domínios específicos da QV que podem estar distintamente afetados em mulheres com TDPM, são eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Sua associação com o PSST pode indicar se a gravidade dos sintomas pré-menstruais pode afetar de modo distinto os referidos domínios da QVRS.

1.6 Justificativa

Verifica-se a ausência de publicações na literatura especializada acerca das relações entre tipos predominantes de temperamentos afetivos e dimensões emocionais em mulheres com TDPM, investigando se há associação destas variáveis com a presença e gravidade dos sintomas pré-menstruais. Ademais, percebe-se também escassez de relatos na literatura científica acerca do impacto da gravidade dos sintomas pré-menstruais na qualidade de vida no contexto cultural brasileiro, bem como a inexistência de relatos da medição da qualidade de vida pelo WHOQOL-bref em estudos envolvendo amostras com TDPM. Tal proposta pode fornecer elementos que facilitem a identificação do TDPM e seu impacto na QV de mulheres, além de favorecer uma melhor compreensão psicopatológica do quadro, o que pode gerar estratégias terapêuticas mais eficazes no tratamento dos sintomas psicológicos e físicos do TDPM, melhorando, subsequentemente, a QV de mulheres brasileiras.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Validar a versão em português brasileiro do PSST e verificar se diferentes temperamentos afetivos e dimensões emocionais se associam a sintomas pré-menstruais em uma amostra de mulheres brasileiras e como a gravidade destes sintomas pode impactar de modo independente a QV nesta amostra.

2.2 Objetivos específicos

1. Verificar a validade do instrumento PSST em uma amostra de mulheres brasileiras, mediante o cálculo de algumas propriedades psicométricas, tais como validade do construto, validade de conteúdo, consistência interna e confiabilidade teste-reteste;
2. Avaliar a associação das variáveis sociodemográficas e de saúde com as três categorias diagnósticas identificadas pelo PSST;
3. Investigar a associação independente entre a gravidade dos sintomas pré-menstruais e a QV medida pelo WHOQOL-bref;
4. Analisar se os tipos predominantes de temperamentos afetivos, bem como as dimensões emocionais aferidos pela AFECTS, correlacionam-se com rastreio positivo para o TDPM.

3 METODOLOGIA

3.1 Características gerais do estudo

3.1.1 Local

Estudo transversal realizado na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, em três universidades (Universidade Federal do Ceará – UFC, Centro Universitário Christus – Unichristus e Universidade de Fortaleza – UNIFOR) e no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), hospital público universitário de atendimento terciário da rede pública que presta assistência de alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.2 População

3.1.2.1 Amostra I (validação)

Amostra não probabilística constituída por estudantes universitárias, docentes e profissionais da saúde (médicas, farmacêuticas, enfermeiras, técnicas e auxiliares de

enfermagem), vinculadas às instituições supracitadas, cujas características sociodemográficas e de saúde (i.e., idade, número de filhos, escolaridade em anos, raça, estado civil, religião, renda mensal bruta, regularidade do ciclo menstrual e uso de anticoncepcional) encontram-se na Tabela 4. A amostra inicial consistiu em 896 mulheres, das quais foi possível obter uma amostra final de 801 participantes (taxa de resposta = 89,9%), tendo em vista a exclusão de voluntárias que não responderam o questionário corretamente, deixando instrumentos ou algumas questões em branco, o que inviabilizava, por conseguinte, a análise dos dados. A fim de verificar a confiabilidade teste-reteste do instrumento, uma subamostra de 131 mulheres respondeu novamente o PSST após 30 dias da primeira avaliação.

3.1.2.2 Amostra II (Temperamentos Afetivos)

Da amostra de 801 participantes, foram selecionadas 514 mulheres, as quais responderam corretamente a Escala de Temperamento Emocional e Afetivo (AFECTS), bem como preencheram o dado referente ao uso de anticoncepcional, no intuito de avaliar a associação dos temperamentos afetivos com o rastreio positivo para TDPM.

3.2 Critérios de seleção

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo mulheres, com idade entre 18 e 55 anos, que haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; APÊNDICE A) devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da UFC.

3.2.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: (i) recusa a participar; (ii) uso de medicação psicotrópica nos últimos dois meses; (iii) não estar tendo menstruações (por exemplo, estar gestante ou na menopausa) e (iv) idade abaixo de 18 anos ou acima de 55 anos.

3.3 Procedimentos e coleta de dados

A amostra I foi estudada através do questionário de dados sociodemográficos e de saúde, do PSST, do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do WHOQOL-bref. A coleta dos dados ocorreu entre fevereiro de 2014 e dezembro de 2014. A subamostra de 131 mulheres foi constituída por estudantes universitárias dos cursos de graduação da UNIFOR, bem como dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* da UFC e *lato sensu* da Unichristus. Tal subamostra foi estudada mediante o questionário de dados sociodemográficos e de saúde e o PSST, sendo a coleta de dados realizada entre fevereiro de 2014 e abril de 2015. O PSST foi aplicado na subamostra em 2 momentos (1 mês de intervalo), para verificar a confiabilidade teste-reteste.

Os questionários foram aplicados pelo autor e colaboradores treinados. Para a subamostra, a aplicação aos participantes foi realizada pelos pesquisadores em salas de aula após contato prévio por telefone ou pessoalmente com o professor responsável pela disciplina, no qual foi solicitada sua permissão para dispor de 15 minutos do início da aula, tempo suficiente visto se tratar de um questionário mais curto, composto por dois instrumentos apenas. Quanto à amostra I, na qual se utilizou um questionário mais extenso, o mesmo procedimento foi realizado, porém se solicitou 30 minutos para a aplicação coletiva dos questionários nas salas de aula. Ademais, uma vez que tal amostra também é constituída por docentes que atuam nas universidades supracitadas e profissionais de saúde do HUWC, algumas voluntárias foram abordadas pessoalmente no seu ambiente de trabalho e convidadas a responder o questionário individualmente. Em ambas as amostras, o TCLE foi entregue e os objetivos da pesquisa foram esclarecidos às voluntárias.

3.3.1 Desenvolvimento da versão em Português Brasileiro do PSST

O PSST foi traduzido do Inglês para o Português Brasileiro em três etapas: (1) tradução do Inglês para o Português; (2) a comparação da versão traduzida com o original por um psiquiatra fluente em Inglês; e (3) retrotradução para o Inglês no intuito de avaliar a equivalência entre os itens. Em seguida, o PSST foi submetido a uma validação semântica, a fim de verificar a compreensão dos itens por sujeitos da população alvo, bem como a presença de validade aparente. O questionário foi aplicado em uma amostra piloto de cinco indivíduos de diferentes níveis de escolaridade. As palavras e termos que eram difíceis de entender pelos respondentes foram alterados. Finalmente, um painel de 10 especialistas, constituído por um

pós-doutor, três doutores, três mestres e três especialistas, todos com formação em psiquiatria e com conhecimento em transtornos de humor, avaliaram qualitativamente o instrumento mediante um questionário desenvolvido pelos autores (APÊNDICE B), e a versão em Português final para uso no Brasil foi obtida.

3.4 Medidas

3.4.1 Questionário de dados sociodemográficos e de saúde (APÊNDICE C)

Neste instrumento, as seguintes variáveis sociodemográficas foram coletadas: idade, gênero, etnia, escolaridade, renda mensal, estado civil, filiação religiosa e perguntas adicionais sobre sintomas pré-menstruais e uso de anticoncepcional.

3.4.2 Escala de Temperamento Emocional e Afetivo (AFECTS; ANEXO A)

A seção emocional da AFECTS, instrumento validado no Brasil por Lara et al. (2012), é uma escala bipolar de 7 pontos com 52 itens, divididos em seis dimensões de 8 questões e uma dimensão de 4 questões. As dimensões são Vontade (itens 1–8), Desejo (9–12), Raiva (13–20), Inibição (21–28), Sensibilidade (29–36), *Coping* (37–44) e Controle (45–52). O escore total de cada dimensão é a soma dos escores de 1 a 7 de cada questão, variando de 8 a 56 para cada dimensão, menos no Desejo, que varia de 4 a 28. As dimensões de 8 itens podem ser divididas em facetas de 4 itens de acordo com o conteúdo mais específico e correlações entre itens da seguinte forma: Vontade (positividade itens 1–4, energia 5–8), Raiva (intensidade 13–16, irritabilidade 17–20), Inibição (medo 21–24, cautela 25–28), Sensibilidade (interpessoal 29–32, a eventos 33–36), *Coping* (encarar 37–40, resolver 41–44) e Controle (foco 45–48, ordem 49–52). A seção emocional corresponde ao item 1 da AFECTS.

A seção afetiva da AFECTS (LARA *et al.*, 2012) fornece uma avaliação quantitativa e qualitativa dos temperamentos afetivos. Doze breves descrições de cada temperamento afetivo são apresentados com 5 itens da escala do tipo *Likert*¹, variando de 1 (“nada a ver comigo”) a 5 (“exatamente como eu”). A seguir é solicitado para que seja

¹ Escalas do tipo Likert são utilizadas para quantificar atitudes, comportamentos e domínios de saúde relacionados à qualidade de vida. Essas escalas fornecem aos respondentes uma lista de proposições ou questões e lhes pedem que estimem o grau de resposta. A cada resposta é atribuído um número de pontos. O pesquisador poderá computar o escore total das perguntas de um entrevistado simplesmente somando o escore de cada item ou calculando a média dos pontos para todos os itens respondidos (HULLEY *et al.*, 2015).

escolhida a descrição de maior correspondência, que chamamos de temperamento afetivo categórico. A ordem dos temperamentos afetivos nesta escala é a seguinte: a) depressivo, b) ansioso, c) apático, d) ciclotímico, e) disfórico, f) volátil, g) obsessivo, h) eutímico, i) hipertímico, j) irritável, k) desinibido e l) eufórico.

As duas questões finais avaliam o grau de problemas e benefícios com o próprio temperamento, organizadas em escala do tipo *Likert* de 4 pontos, variando de 1 (“nenhum problema” / “nenhuma vantagem”) a 4 (“muitos problemas” / “muitas vantagens”). O escore invertido de problemas adicionado ao de benefícios gera o escore de adaptação, que varia entre 0 e 6, com o valor máximo indicando a melhor adaptação (LARA *et al.*, 2012).

3.4.3 Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais (PSST; ANEXO B)

O PSST é um instrumento de 19 itens que consiste em dois domínios: o primeiro domínio inclui 14 itens relacionados a sintomas psicológicos, físicos e comportamentais e o segundo domínio (cinco itens) avalia o impacto dos sintomas no funcionamento das mulheres (HARIRI *et al.*, 2013). O PSST reflete e traduz os critérios categóricos do DSM-IV em uma escala de avaliação com graus de gravidade (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003). Trata-se de um instrumento breve e eficaz para avaliação inicial e um importante ponto de partida para avaliações posteriores. As mulheres são questionadas com a seguinte pergunta: “Você já vivenciou algum ou nenhum dos seguintes sintomas pré-menstruais, os quais começaram antes do seu período de sangramento e pararam dentro de poucos dias?”. Os sintomas listados são humor depressivo=desesperança, ansiedade=tensão, vontade de chorar=sensibilidade aumentada à rejeição, raiva=irritabilidade, interesse diminuído em atividades laborais, interesse diminuído em atividades domésticas, interesse diminuído em atividades sociais, dificuldade de concentração, fadiga=falta de energia, comer em excesso=fissura por comida, insônia, hipersonia, sentindo-se sobrecarregada ou fora de controle e sintomas físicos, como sensibilidade mamária, dor de cabeça, dor muscular, inchaço e/ou ganho de peso (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003).

Para capturar os critérios do DSM-IV de prejuízos no trabalho, na faculdade, em atividades sociais usuais e nos relacionamentos com os outros, as mulheres são indagadas se os sintomas listados acima interferem nos cinco itens do segundo domínio: produtividade e eficiência no trabalho; relacionamentos com colegas de trabalho; relacionamentos com a família; atividades sociais e/ou responsabilidades domésticas. Os critérios do DSM-IV não especificam o grau do prejuízo associado ao sintoma, entretanto, neste instrumento as

mulheres podem graduar a vivência do seu sintoma de acordo com o prejuízo em ‘ausente’, ‘leve’, ‘moderado’ ou ‘grave’ (escore 0 a 3).

Para serem diagnosticadas com TDPM, as mulheres devem assinalar, como moderado ou grave, pelo menos cinco sintomas do primeiro domínio e ao menos um dos seguintes sintomas deve ser grave: (1) raiva/irritação; (2) ansiedade/tensão; (3) vontade de chorar/ sensibilidade aumentada à rejeição e (4) humor depressivo/desesperança. Ademais, um dos itens do segundo domínio deve ser grave (STEINER, MACDOUGALL e BROWN, 2003).

3.4.4 Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9; ANEXO C)

O PHQ-9 é um breve instrumento de autorrelato estruturado, composto por 9 itens que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no DSM-IV (SANTOS *et al.*, 2013). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala *Likert* de 0 a 3, correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, respectivamente (SANTOS *et al.*, 2013). Depressão maior é diagnosticada se 5 ou mais dos 9 sintomas depressivos estiverem presentes por pelo menos “mais da metade dos dias” nas duas semanas anteriores e se um dos sintomas é humor deprimido ou anedonia (KROENKE, SPITZER e WILLIAMS, 2001). Outros tipos de depressão são diagnosticados se 2, 3 ou 4 sintomas depressivos tem sido presentes por pelo menos “mais da metade dos dias” nas duas semanas anteriores e se um dos sintomas é humor deprimido ou anedonia (KROENKE, SPITZER e WILLIAMS, 2001). Um dos nove sintomas (“pensamentos de que você estaria melhor se morresse ou se machucasse de alguma maneira”) conta se presente, independente da duração (KROENKE, SPITZER e WILLIAMS, 2001). O PHQ-9 é um teste simples, rápido, que pode ser aplicado por entrevistadores treinados e cujas propriedades diagnósticas permitem recomendá-lo para uso em estudos populacionais para rastreio de depressão (SANTOS *et al.*, 2013). Em um total de 447 participantes (191 homens e 256 mulheres), a análise contínua identificou o ponto de corte ≥ 9 como de máxima sensibilidade e especificidade (SANTOS *et al.*, 2013). O coeficiente alfa de Cronbach em nossa amostra para o PHQ-9 foi 0,80.

3.4.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; ANEXO D)

O BAI (BECK *et al.*, 1988) é um instrumento de autorrelato estruturado, composto por 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. É perguntado ao sujeito o quanto este foi incomodado por cada sintoma na semana precedente, dentro de uma escala de quatro pontos, variando de zero (absolutamente não) a três (gravemente) (CUNHA, 2001). Os itens devem ser somados para a geração de um escore geral da escala. No Brasil, a confiabilidade dos 21 itens da escala foi avaliada em uma amostra de 160 indivíduos (MALUF, 2002). Esse instrumento apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e adequada confiabilidade teste-reteste ($r = 0,75$). O coeficiente alfa de Cronbach para o BAI na presente amostra foi 0,90.

3.4.6 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – versão abreviada (WHOQOL-bref; ANEXO E)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (WHOQOL, 1994). A versão abreviada (WHOQOL-bref) é composta pelas questões que obtiveram melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL 100 (WHOQOL, 1998). Desta forma, diferente do WHOQOL-100 em que cada faceta é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão (FLECK *et al.*, 2000). O WHOQOL-bref preserva a abrangência do construto qualidade de vida incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais (FLECK *et al.*, 2000). Este instrumento refere-se às últimas duas semanas, independente do local onde o paciente se encontre. O WHOQOL-bref é composto por vinte e seis questões. As perguntas número um e dois são questões amplas sobre saúde e QV que, quando combinadas, formam o índice geral (*Overall*). Este avalia o índice geral da QV e estima a satisfação do indivíduo com a saúde. Os vinte e quatro itens restantes estão distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL, 1998). Tais domínios estão descritos a seguir, de acordo com o WHOQOL (1998):

- a. O domínio físico é constituído por sete itens que incluem: (1) dor e desconforto; (2) energia e fadiga; (3) sono e repouso; (9) mobilidade; (10) atividades da vida

cotidiana; (11) dependência de medicação ou de tratamentos e (12) capacidade de trabalho.

- b. O domínio psicológico é constituído por seis itens que incluem: (4) sentimentos positivos; (5) pensar, aprender, memória e concentração; (6) autoestima; (7) imagem corporal e aparência; (8) sensação de sentimentos negativos; (24) espiritualidade/religião/crenças pessoais.
- c. O domínio relações sociais é constituído por três itens que incluem: (13) relações pessoais; (14) suporte (apoio) social e (15) atividade sexual.
- d. O domínio meio ambiente é formado por oito itens que incluem: (16) segurança física e proteção; (17) ambiente do lar; (18) recursos financeiros; (19) cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; (20) oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; (21) participação em e oportunidade de recreação/lazer; (22) ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e (23) transporte.

A pontuação de cada item vai de um a cinco numa escala *Likert*. As pontuações são transformadas em uma escala linear de zero a cem. As vinte e quatro perguntas representam cada uma das vinte e quatro facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL, 1998). O WHOQOL-bref mostrou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa mostra-se de difícil aplicabilidade como estudos com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (FLECK *et al.*, 2000). É considerada uma medida genérica, transcultural e abrangente de qualidade de vida (PANZINI *et al.*, 2007). O coeficiente alfa de Cronbach para a presente amostra foi 0,85 para todo o instrumento e variou de 0,61 a 0,76 para as subescalas.

3.5 Análise estatística

3.5.1 Validação da versão em Português Brasileiro do PSST

Todas as análises foram feitas usando o SPSS para Windows versão 22.0 (IBM Software) e foi considerado $P < 0,05$ como estatisticamente significativo. As variáveis contínuas são apresentadas como média \pm desvio padrão (DP) ou como mediana. O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar se as variáveis exibiam uma distribuição

normal. Variáveis com distribuição normal foram comparadas por meio da ANOVA, enquanto as variáveis com distribuição não normal foram comparadas pelo teste de Kruskal-Wallis. As variáveis categóricas são apresentadas como frequências, e foram comparadas através do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher, conforme o caso.

A validade convergente e discriminante do construto foi avaliada através da correlação de Spearman dos escores da versão brasileira do PSST com o PHQ-9 e o BAI. A validade de conteúdo foi determinada utilizando métodos qualitativos e quantitativos, mediante um painel de 10 especialistas (psiquiatras acadêmicos com experiência no cuidado de mulheres com TDPM). Para a validade de conteúdo qualitativa, os especialistas foram convidados a fazer suas observações em cada item do PSST referente à gramática portuguesa, redação, dimensionamento e alocação de itens, bem como a precisão, clareza, estilo e relevância da tradução. A validade de conteúdo quantitativa foi determinada pelo índice de validade de conteúdo (IVC) e razão de validade de conteúdo (RVC). Para calcular a RVC, os membros que integram o painel de especialistas foram convidados a avaliar cada item como “essencial”, “útil, mas não essencial” ou “não necessário”; em seguida, a RVC foi calculada para avaliar a pertinência de cada item (LAWSHE, 1975b). Para averiguar o IVC, os especialistas foram questionados sobre a relevância, clareza e simplicidade de cada item do PSST em uma escala *Likert* de 1 a 4. O IVC para cada item foi mensurado como o número de especialistas que atribuíram uma classificação de 3 ou 4, dividido pelo número total de especialistas. Os números globais do IVC e da RVC do PSST foram obtidos pela média dos itens (POLIT, BECK e OWEN, 2007).

A consistência interna do PSST foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, com um valor $\geq 0,7$ considerado satisfatório (NUNNALLY, 1994). Ademais, a correlação entre os dois domínios do instrumento foi avaliada pelo teste de correlação de Spearman. A confiabilidade teste-reteste foi investigada pelo coeficiente de correlação intraclass (modelo de efeitos aleatórios de duas vias, concordância absoluta) e pela correlação de Spearman entre os escores totais do PSST, o qual foi medido duas vezes na mesma amostra. Finalmente, a distribuição dos sujeitos em cada categoria diagnóstica, nos dois momentos, foi examinada mediante o teste de postos sinalizados de Wilcoxon.

A associação dos sintomas pré-menstruais com a QV foi investigada através da análise de covariância (ANCOVA), com ajuste para idade, raça, escolaridade, renda mensal bruta e regularidade do ciclo menstrual. Comparações múltiplas entre as médias dos escores de cada grupo foram feitas usando o teste de Sidak.

3.5.2 Temperamentos afetivos, dimensões emocionais e rastreio para o TDPM

Todas as análises foram feitas usando o SPSS para Windows versão 22.0 (IBM Software) e foi considerado $P < 0,05$ como estatisticamente significativo. As variáveis contínuas foram apresentadas como média \pm DP ou mediana (intervalo interquartil). Variáveis com distribuição normal foram comparadas utilizando o teste t de Student. As variáveis contínuas ou ordinais com distribuição não normal foram comparadas pelo teste U de Mann-Whitney. As variáveis categóricas são apresentadas como frequências, e foram comparadas através do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher, conforme o caso.

A associação independente de temperamentos afetivos e TDPM foi avaliada mediante a regressão logística binária. O uso de anticoncepcional e outras variáveis demográficas que foram possivelmente associadas com os escores do PSST em análises univariadas ($P < 0,2$: estado civil e escolaridade) foram incluídas nesses modelos. Os temperamentos afetivos foram introduzidos como variáveis categóricas dicotômicas, e 12 modelos separados foram construídos para avaliar a associação de cada temperamento em relação a todos os outros. Nestas comparações, o valor P de significância estatística foi ajustado para comparações múltiplas aplicando-se a correção de Bonferroni, de modo que um valor $P < 0.0042$ foi considerado estatisticamente significativo. Para avaliar a associação independente das dimensões emocionais com os escores do PSST, um modelo de regressão logística binária foi construído com os escores contínuos das dimensões emocionais como fatores. Neste modelo, todas as dimensões foram introduzidas simultaneamente, de modo que um valor $P < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

3.6 Aspectos éticos

O presente projeto segue as recomendações de Helsinki e foi submetido ao Comitê de Ética da UFC, sendo aceito sob o número de protocolo 321.019. O estudo foi cuidadosamente explicado às participantes e TCLE foi obtido. Considerando uma prevalência de um rastreio positivo para TDPM da ordem de 5%, uma precisão de 1%, um IC de 95%, um nível alfa de 0,05 e um poder (1-beta) de 0,8 foram necessárias aproximadamente 1000 mulheres na amostra, considerando-se um aumento de 20% para comparações múltiplas e 20% para perdas.

4 RESULTADOS

4.1 Validação da versão em Português Brasileiro do PSST e sua associação com a QV

A partir da amostra inicial, 801 mulheres responderam os questionários e foram incluídas no estudo de validação do construto (89,4% de taxa de resposta). A média \pm DP de idade das participantes foi de $23,4 \pm 5,9$ anos. A média \pm DP de idade da menarca foi de $12,1 \pm 1,4$ anos. A maioria das mulheres (N=684; 85,4%) não tinha filhos. O ciclo menstrual foi regular em 602 participantes (75,2%), e 281 (35,1%) faziam uso de anticoncepcional.

O PSST identificou três grupos. O primeiro grupo consistiu em 351 (43,8%) mulheres sem ou com sintomas pré-menstruais leves (grupo SPM ausente/leve). O segundo grupo incluiu 318 (39,7%) mulheres que apresentam sintomas pré-menstruais moderados a graves em suas atividades diárias (grupo SPM). O último grupo inclui 132 (16,5%) mulheres que fecham critérios do DSM-IV para o diagnóstico do TDPM (grupo TDPM).

De todos os fatores estudados (Tabela 4), somente a regularidade do ciclo menstrual foi associada com a classificação de gravidade dos sintomas pré-menstruais: o grupo SPM leve/ausente contém mais integrantes com ciclo menstrual regular, enquanto o grupo SPM possui mais participantes com ciclo menstrual irregular. Apenas 199 (24,8%) mulheres não informaram a respeito do uso de anticoncepcional. O uso de anticoncepcional não foi associado com o diagnóstico de SPM/TDPM. Nenhuma associação relacionada à gravidade dos sintomas pré-menstruais foi encontrada para idade, número de filhos, escolaridade, raça, estado civil, religião, renda bruta ou idade da primeira menstruação (Tabela 4).

Tabela 4. Características sociodemográficas da amostra I (continua)

	N válido (Total=801)	SPM Ausente/Leve (N=351)	SPM (N=318)	TDPM (N=132)	P-valor
Idade, anos (média \pm DP /mediana)	801	$23,3 \pm 5,5 / 22,0$	$23,5 \pm 6,3 / 22,0$	$23,2 \pm 6,4 / 21,0$	0,238 ^a
Número de filhos (N, %)					
Nenhum		299 (92,3)	272 (91,0)	113 (89,7)	
1 a 2	749	20 (6,2)	21 (7,0)	10 (7,9)	0,882 ^b
3 ou mais		5 (1,5)	6 (2,0)	3 (2,4)	

Tabela 4. Características sociodemográficas da amostra I (final)

	N válido (Total=801)	SPM Ausente/Leve (N=351)	SPM (N=318)	TDPM (N=132)	P-valor
Escolaridade em anos (N, %)					
1 a 5 anos		2 (0,6)	2 (0,7)	1 (0,8)	
6 a 9 anos	768	0 (0,0)	3 (1,0)	0 (0,0)	0,082 ^b
10 a 12 anos		25 (7,4)	23 (7,5)	18 (14,5)	
13 ou mais		310 (92,0)	279 (90,9)	105 (84,7)	
Raça (N, %)					
Branca		141 (41,1)	137 (43,6)	48 (36,9)	
Preta		12 (3,5)	8 (2,5)	3 (2,3)	
Parda	787	170 (49,6)	155 (49,4)	75 (57,7)	0,494 ^b
Amarela		20 (5,8)	12 (3,8)	4 (3,1)	
Outra		0 (0,0)	2 (0,6)	0 (0,0)	
Estado Civil (N, %)					
Solteira		309 (88,8)	268 (84,8)	113 (85,6)	
Casada/União estável	796	36 (10,3)	46 (14,6)	15 (11,4)	0,118 ^b
Divorciada		3 (0,9)	2 (0,6)	4 (3,0)	
Religião (N, %)					
Católica		236 (67,6)	189 (60,6)	75 (57,7)	
Evangélica (Protestante)		42 (12,0)	50 (16,0)	25 (19,2)	
Espírita	791	11 (3,2)	17 (5,4)	8 (6,2)	0,226 ^b
Outra		4 (1,1)	4 (1,3)	3 (2,3)	
Sem religião		56 (16,0)	52 (16,7)	19 (14,6)	
Renda mensal bruta em salários mínimos (N, %)					
Até 1		69 (21,0)	47 (16,1)	22 (18,5)	
Entre 1 e 2		60 (18,3)	72 (24,7)	31 (26,1)	
Entre 2 e 4	739	72 (22,0)	68 (23,3)	23 (19,3)	0,442 ^c
Entre 4 e 8		48 (14,6)	46 (15,8)	19 (16,0)	
Mais de 8		79 (24,1)	59 (20,2)	24 (20,2)	
Ciclo menstrual (N, %)					
Regular		280 (80,0)*	226 (71,7)**	96 (72,7)	
Irregular	797	70 (20,0)**	89 (28,3)*	36 (27,3)	0,034^c
Uso de anticoncepcional (N, %)					
Não		126 (50,2)	135 (54,4)	60 (58,3)	
Sim	602	125 (49,8)	113 (45,6)	43 (41,7)	0,348 ^c
Idade da primeira menstruação (média ± DP)					
	774	12,1 ± 1,4	12,0 ± 1,4	12,1 ± 1,2	0,521 ^d

Abreviações: SPM = síndrome pré-menstrual; TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.

^a Teste Kruskal-Wallis.

^b Teste Exato de Fisher.

^c Teste qui-quadrado de Pearson.

^d ANOVA de uma via.

* Observações acima do esperado nesta célula (resíduo ajustado > 2).

** Observações abaixo do esperado nesta célula (resíduo ajustado < -2).

4.1.1 Validade do construto

A versão traduzida do PSST mostrou adequada validade convergente/discriminante. Houve uma superposição relativa dos construtos sem redundância, como se observa nas correlações entre os escores do PSST e medidas de depressão (PHQ-9) ou ansiedade (BAI), as quais apresentam associações moderadas (rho de Spearman entre 0,3 e 0,6; Tabela 5). Ademais, considerando o rastreamento para Transtorno Depressivo Maior (TDM) de acordo com o PHQ-9, houve uma frequência mais alta de indivíduos sintomáticos nos grupos SPM e TDPM ($\chi^2 = 95,773$, $gl = 2$, $P < 0,001$ no teste qui-quadrado de Pearson; Tabela 6). Similarmente, a gravidade dos sintomas depressivos, medida pelo PHQ-9, também foi associada ao rastreamento positivo tanto para a SPM como para o TDPM, obtidos pelo PSST ($\chi^2 = 146,946$, $P < 0,001$ no teste exato de Fisher; Tabela 6). Do mesmo modo, a gravidade dos sintomas de ansiedade, medida pelo BAI, também foi associada com a gravidade dos sintomas pré-menstruais avaliados pelo PSST ($\chi^2 = 52,830$, $P < 0,001$ no teste exato de Fisher; Tabela 6).

4.1.2 Validade de conteúdo

A RVC e o IVC foram 0,61 e 0,94, respectivamente. Isto mostra que a versão em Português Brasileiro do PSST tem adequada validade de conteúdo. O painel de especialistas considerou a versão traduzida adequada, e sugeriu algumas pequenas alterações.

Tabela 5. Avaliação da validade de critério. Coeficientes de correlação de Spearman entre os escores do PSST e medidas de depressão e ansiedade.

	Domínio 1 ^a	Domínio 2 ^a	PHQ-9 ^b	BAI ^c
PSST	0,979**	0,877**	0,543**	0,417**
Domínio 1		0,766**	0,536**	0,419**
Domínio 2			0,472**	0,348**

Abreviações: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; PHQ = Questionário de Saúde do Paciente.

^a N = 801

^b N = 783

^c N = 738

** $P < 0,001$

Tabela 6. Associação do diagnóstico de SPM/TDPM com sintomas depressivos e ansiosos

	SPM ausente/leve	SPM	TDPM	P-valor
PHQ-9 Depressão^a				
Sim	41 (11,9)**	102 (32,8)*	70 (55,1)*	< 0,001^e
Não	304 (88,1)*	209 (67,2)**	57 (44,9)**	
PHQ-9 TDM^b				
Sim	9 (2,6)**	35 (11,3)	41 (32,3)*	< 0,001^e
Não	336 (97,4)*	276 (88,7)	86 (67,7)**	
PHQ-9 Outro tipo de depressão^c				
Sim	28 (8,1)**	37 (11,9)	27 (21,3)*	< 0,001^e
Não	317 (91,9)*	274 (88,1)	100 (78,7)**	
PHQ-9 Gravidade da depressão^d				
Mínima (0-4)	179 (51,9)*	77 (24,8)**	16 (12,6)**	< 0,001^f
Leve (5-9)	125 (36,2)	132 (42,4)*	41 (32,3)	
Moderada (10-14)	38 (11,0)**	74 (23,8)*	41 (32,3)*	
Moderadamente grave (15-19)	3 (0,9)**	20 (6,4)	18 (14,2)*	
Grave (20-27)	0 (0,0)**	8 (2,6)	11 (8,7)*	
BAI Gravidade da ansiedade^d				
Baixa (0-21)	318 (95,5)*	252 (87,5)**	83 (70,9)**	< 0,001^f
Moderada (22-35)	15 (4,5)	28 (9,7)	24 (20,5)	
Grave (≥ 36)	0 (0,0)**	8 (2,8)*	10 (8,5)*	

Abreviações: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; PHQ = Questionário de Saúde do Paciente; SPM = síndrome pré-menstrual; TDM = transtorno depressivo maior; TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.

^a Definido quando o escore do PHQ-9 é ≥ 10 .

^b Definido como cinco ou mais classificações graves nos oito primeiros sintomas ou qualquer gravidade assinalada no nono sintoma somada a quatro ou mais classificações graves nos outros oito sintomas. Ao avaliar os oito primeiros sintomas, pelo menos um dos sintomas classificados como grave deve ser o primeiro ou o segundo.

^c Definido como 2 a 4 classificações graves nos primeiros oito sintomas ou qualquer gravidade no nono sintoma somada com 1 a 3 classificações graves nos outros oito sintomas. Ao avaliar os oito primeiros sintomas, pelo menos um dos sintomas classificados como grave deve ser o primeiro ou o segundo.

^d Definido de acordo com os pontos de corte do PHQ-9 ou do BAI, em parênteses.

^e Teste qui-quadrado de Pearson.

^f Teste exato de Fisher.

* Observações acima do esperado nesta célula (resíduo ajustado > 2).

** Observações abaixo do esperado nesta célula (resíduo ajustado < -2).

4.1.3 Confiabilidade de consistência interna

A versão em Português Brasileiro do PSST mostrou alta consistência interna. O coeficiente alfa de Cronbach foi 0,91 no geral, 0,87 para o primeiro domínio e 0,84 para o segundo domínio. Houve também uma alta correlação entre os domínios do PSST e a pontuação do PSST ($> 0,7$; Tabela 5).

4.1.4 Confiabilidade teste-reteste

A versão em Português Brasileiro do PSST também mostrou adequada confiabilidade teste-reteste. Em uma subamostra de 131 mulheres, o coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,867 (IC 95% = 0,812–0,906; $P < 0,001$) entre os escores totais do PSST nas duas avaliações realizadas com um mês de intervalo entre elas. Ademais, a correlação entre os escores totais do PSST, nas duas medições, também foi alta (rho de Spearman = 0,758, $P < 0,001$). Finalmente, não houve diferença na classificação das mulheres em uma das três categorias diagnósticas ($Z = -0,384$, $P = 0,701$ no teste de postos sinalizados de Wilcoxon).

4.1.5 Associação da SPM/TDPM com a QV

A gravidade dos sintomas pré-menstruais foi associada com a diminuição da QV. Pontuações válidas do WHOQOL-bref foram verificadas em 697 (87,0%) participantes. Após ajuste para idade, raça, escolaridade, renda mensal bruta e ciclo menstrual, os escores médios para os domínios físico, psicológico e social diminuíram progressivamente à medida que a gravidade dos sintomas pré-menstruais aumentava (Figura 1). O impacto no domínio meio ambiente da QV foi semelhante entre os grupos SPM e TDPM.

4.2 Temperamentos afetivos estão associados com rastreamento positivo para TDPM

4.2.1 Características da amostra II

O PSST identificou 216 (42,0%) mulheres sem ou com sintomas pré-menstruais leves (grupo SPM ausente/leve), 215 (41,8%) com sintomas moderados a graves, e

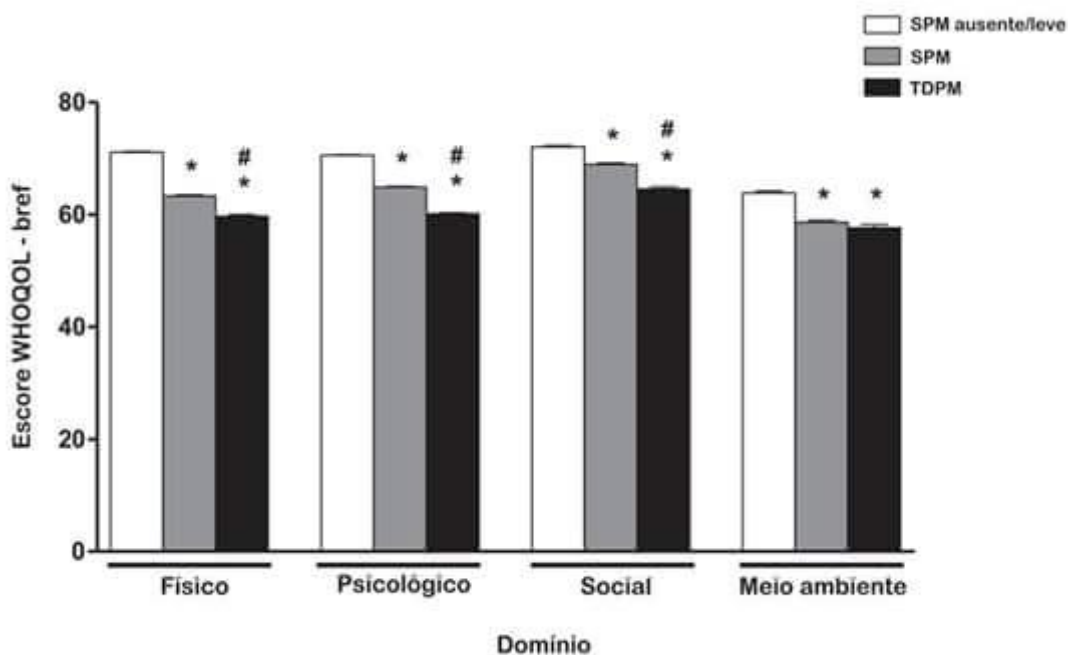


Figura 1. Associação da SPM/TDPM com a QV. Barras mostram média \pm erro padrão. * = $P < 0,05$ vs. grupo SPM ausente/leve e # = $P < 0,05$ vs. grupo SPM no teste de Sidak para comparações múltiplas após ANCOVA.

83 (16,1%) que preencheram os critérios para TDPM (grupo TDPM). Portanto, a amostra final para investigar a associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM consistiu em 299 mulheres. A Tabela 7 resume as características sociodemográficas da amostra. A média \pm DP de idade das mulheres foi $22,8 \pm 5,4$ anos e a média \pm DP da idade da menarca foi $12,0 \pm 1,3$ anos. O ciclo menstrual foi regular em 234 participantes (78,3%), e 143 (47,8%) participantes faziam uso de anticoncepcional. Idade, número de filhos, escolaridade, raça, estado civil, religião, renda mensal bruta, uso de anticoncepcional, idade da primeira menstruação e ciclo menstrual não foram associados com TDPM (Tabela 7).

4.2.2 Associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM

A Tabela 8A mostra a magnitude da associação de cada temperamento com um rastreio positivo para TDPM. As participantes com temperamento ciclotímico possuem uma chance maior de apresentar um rastreio positivo para o TDPM (OR = 4,64), enquanto as participantes com temperamento eutímico tem uma chance menor para o TDPM (OR = 0,26). Nenhuma outra associação foi encontrada para as demais variáveis e temperamentos, e as

Tabela 7. Características sociodemográficas da amostra II

	N válido (Total = 299)	SPM ausente/leve (N = 216)	TDPM (N = 83)	P-valor
Idade (média ± DP / mediana)	299	22,5 ± 4,8 / 21,0	23,4 ± 6,7 / 21,0	0,799 ^a
Número de filhos (N, %)				
Nenhum		192 (95,0)	73 (91,3)	
1 a 2	282	8 (4,0)	5 (6,3)	0,341 ^b
3 ou mais		2 (1,0)	2 (2,5)	
Escolaridade em anos (N, %)				
10 a 12 anos	292	17 (8,1)	13 (16,0)	0,072 ^b
13 ou mais		194 (91,9)	68 (84,0)	
Raça (N, %)				
Branca		82 (39,2)	30 (36,6)	
Preta	291	7 (3,3)	2 (2,4)	0,666 ^b
Parda		112 (53,6)	49 (59,8)	
Amarela		8 (3,8)	1 (1,2)	
Estado Civil (N, %)				
Solteira		195 (90,7)	72 (86,7)	
Casada/União estável	298	18 (8,4)	7 (8,4)	0,104 ^b
Divorciada		2 (0,9)	4 (4,8)	
Religião (N, %)				
Católica		154 (72,0)	51 (63,0)	
Evangélica (Protestante)	295	25 (11,7)	13 (16,0)	0,365 ^b
Espírita		6 (2,8)	5 (6,2)	
Outra		3 (1,4)	2 (2,5)	
Sem religião		26 (12,1)	10 (12,3)	
Renda mensal bruta (N, %)				
Até 1		44 (21,5)	15 (20,0)	
Entre 1 e 2	280	37 (18,0)	17 (22,7)	0,629 ^c
Entre 2 e 4		49 (23,9)	12 (16,0)	
Entre 4 e 8		32 (15,6)	14 (18,7)	
Mais que 8		43 (21,0)	17 (22,7)	
Ciclo menstrual (N, %)				
Regular	299	171 (79,2)	63 (75,9)	0,648 ^c
Irregular		45 (20,8)	20 (24,1)	
Uso de anticoncepcional				
Yes	299	106 (49,1)	37 (44,6)	0,570 ^c
No		110 (50,9)	46 (55,4)	
Idade da primeira menstruação (média ± DP)	291	12,0 ± 1,3	12,0 ± 1,3	0,688 ^d

Abreviações: SPM = síndrome pré-menstrual; TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.

^a Teste U de Mann-Whitney; ^b Teste Exato de Fisher; ^c Teste qui-quadrado de Pearson; ^d Teste t de Student.

associações não mudaram após o ajuste para estado civil, escolaridade e uso de anticoncepcional (OR = 4,57 para ciclótico e OR = 0,28 para eutímico).

4.2.3 Associação entre as dimensões emocionais e o TDPM

A Tabela 8B mostra a associação entre as dimensões emocionais da AFFECTS e um rastreio positivo para o TDPM. Raiva (OR = 1,05) e sensibilidade (OR = 1,08) foram associadas com TDPM, com um escore mais elevado indicando uma chance maior de TDPM. Nenhuma associação foi encontrada para as outras dimensões. As associações também não se modificaram após ajuste para estado civil, escolaridade e uso de anticoncepcional.

5 DISCUSSÃO

5.1 Validação da versão em Português Brasileiro do PSST

No presente estudo, a versão em Português Brasileiro do PSST apresentou boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, bem como adequada validade de construto e conteúdo. A prevalência do TDPM, relativamente alta (16,5%), está de acordo com um estudo anterior realizado em uma amostra de jovens estudantes do sexo feminino com características sociodemográficas semelhantes a nossa amostra (TENG *et al.*, 2005). Neste estudo, o TDPM estava presente em 17,9% das mulheres. Fatores locais/culturais podem explicar o elevado número de casos de TDPM no Brasil.

As correlações entre o PSST e os escores de sintomas ansiosos (BAI) e depressivos (PHQ-9) indicam que o PSST tem adequada validade convergente/discriminante. Ademais, a associação de um rastreio positivo para o TDPM com um rastreio positivo para o TDM, sugere que o instrumento tem boa validade convergente. Encontramos também uma “dose-resposta” entre a gravidade dos sintomas pré-menstruais e os domínios da QV, exceto o domínio referente ao meio ambiente. Este resultado está de acordo com estudos anteriores que mostram que os sintomas da SPM/TDPM afetam negativamente a QV (LUSTYK *et al.*, 2004; DEAN *et al.*, 2006; TAGHIZADEH *et al.*, 2008; YANG *et al.*, 2008; SCHIOLA *et al.*, 2011). Utilizou-se o WHOQOL-bref para avaliar os sintomas. Uma vez que este instrumento é diferente do SF-36, empregado em alguns estudos, o comprometimento mais global em todos os domínios de QV pode ser devido a uma avaliação mais específica.

Tabela 8. Associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM

A. Temperamentos da AFECTS

Temperamentos	N no TDPM (%)		Não ajustado		Ajustado ^a	
	Sim	Não	OR ^b (IC 95%)	P-valor ^d	Sim	Não
Depressivo	1 (1,2)	80 (98,8)	1,30 (0,12–14,54)	0,831	1,51 (0,13–17,05)	0,737
Ansiedade	6 (7,4)	75 (92,6)	1,12 (0,42–3,02)	0,823	1,30 (0,48–3,55)	0,606
Apático	0 (0,0)	81 (100,0)	0,98 (0,96–1,00)	0,999	0,00 (0,00–0,00)	0,999
Ciclotímico	19 (23,5)	62 (76,5)	4,64 (2,17–9,94)	< 0,001	4,57 (2,11–9,90)	< 0,001
Disfórico	5 (6,2)	76 (93,8)	3,39 (0,89–12,95)	0,074	3,37 (0,86–13,13)	0,080
Volátil	1 (1,2)	80 (98,8)	0,32 (0,04–2,56)	0,281	0,28 (0,03–2,34)	0,239
Obsessivo	15 (18,5)	66 (81,5)	1,06 (0,55–2,06)	0,858	0,99 (0,50–1,98)	0,986
Eutímico	7 (8,6)	74 (91,4)	0,26 (0,11–0,60)	0,002	0,28 (0,12–0,64)	0,003
Hipertímico	4 (4,9)	77 (95,1)	0,28 (0,10–0,81)	0,019	0,28 (0,09–0,82)	0,020
Irritável	9 (11,1)	72 (88,9)	1,52 (0,64–3,58)	0,343	1,47 (0,61–3,53)	0,387
Desinibido	6 (7,4)	75 (92,6)	1,21 (0,44–3,31)	0,707	1,28 (0,46–3,51)	0,637
Eufórico	8 (9,9)	73 (90,1)	2,45 (0,91–6,58)	0,076	2,24 (0,80–6,27)	0,126

B. Dimensões emocionais da AFECTS

Dimensões Emocionais	Média ± DP		Não ajustado		Ajustado ^a	
	SPM ausente/leve	TDPM	OR ^c (95% IC)	P-valor	OR ^c (95% IC)	P-valor
Vontade	42,7 ± 7,2	39,2 ± 7,7	0,98 (0,93–1,02)	0,332	0,98 (0,94–1,03)	0,537
Desejo	16,2 ± 4,3	18,5 ± 4,9	1,06 (0,98–1,15)	0,138	1,06 (0,98–1,16)	0,132
Raiva	27,1 ± 9,5	33,9 ± 9,8	1,05 (1,01–1,08)	0,007	1,05 (1,01–1,09)	0,007
Inibição	37,8 ± 6,7	37,3 ± 7,2	1,00 (0,96–1,05)	0,885	1,01 (0,96–1,06)	0,776
Sensibilidade	33,4 ± 7,9	40,1 ± 8,4	1,08 (1,03–1,13)	0,001	1,09 (1,04–1,14)	< 0,001
Coping	42,6 ± 7,8	38,6 ± 9,2	0,99 (0,95–1,03)	0,655	0,98 (0,94–1,03)	0,395
Controle	42,6 ± 8,2	37,7 ± 9,4	0,97 (0,93–1,01)	0,175	0,98 (0,94–1,03)	0,456

Abreviações: OR = odds ratio; SPM = síndrome pré-menstrual; TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.

^a Ajustado para estado civil, escolaridade e uso de anticoncepcional.

^b Em relação a participantes com qualquer outro temperamento.

^c Por aumento de unidade nos escores das dimensões emocionais.

^d Os valores em negrito são significativos ao nível de 5% após a correção de Bonferroni para comparações múltiplas ($P < 0,0042$).

5.2. Associação entre os temperamentos afetivos e o TDPM

O presente estudo verificou uma associação independente entre o temperamento ciclotímico e um rastreio positivo para o TDPM, enquanto o temperamento eutímico foi associado de forma independente a um rastreio negativo para TDPM. Além disso, as dimensões emocionais correspondentes à raiva e à sensibilidade foram associadas com um rastreio positivo para o TDPM.

O temperamento ciclotímico é caracterizado não somente pela instabilidade afetiva, mas também pela impulsividade, reatividade de humor e ansiedade (PERUGI *et al.*, 2015). Tal temperamento pode aumentar o risco para vários transtornos mentais, incluindo, mas não se limitando a transtornos de humor, ansiedade, personalidade, alimentar, controle de impulsos e vícios comportamentais (PERUGI e AKISKAL, 2002). Do mesmo modo, estudos indicam que o temperamento ciclotímico predispõe o indivíduo a desenvolver distúrbios do espectro bipolar (FOUNTOULAKIS *et al.*, 2016). Embora as associações entre o TDPM e os temperamentos afetivos não tenham sido previamente investigadas, o TDPM tem sido associado ao neuroticismo, um traço de personalidade relacionado à instabilidade afetiva. Gingnell *et al.* (2010) verificaram que mulheres com TDPM apresentaram níveis mais elevados de traços de personalidade relacionados ao neuroticismo do que controles saudáveis, e estes traços foram mais evidentes em mulheres com sintomas mais graves, sugerindo que certos traços de personalidade estão relacionados não somente com o desenvolvimento do TDPM, mas também com a gravidade da doença, relação também descrita por Freeman, Schweizer e Rickels (1995). Ademais, o TDPM tem sido relacionado com impulsividade, que é uma outra dimensão característica do temperamento ciclotímico (HSU, LIU e HSIAO, 2007).

Alterações de humor frequentes de duas polaridades e a tendência para reagir de maneira excessiva a estímulos internos e externos representa a base constitucional do temperamento ciclotímico (PERUGI *et al.*, 2015). Pacientes ciclotímicos relatam aumento da sensibilidade aos estímulos ambientais como um traço estável desde a adolescência (PERUGI *et al.*, 2015), dimensão emocional associada com rastreio positivo para o TDPM em nossa amostra. Dessa forma, eles reagem a eventos positivos, tornando-se rapidamente alegres, entusiasmados e tomando a iniciativa (às vezes, com euforia excessiva e impulsividade), e, por outro lado, diante de eventos negativos, experimentam sentimentos de profunda prostração, fadiga extrema, tristeza, angústia e, por vezes, pensamentos suicidas (PERUGI *et al.*, 2015). Nesta perspectiva, a disposição ciclotímica pode influenciar a resposta intensa às flutuações hormonais associadas com o TDPM. Na verdade, foi levantada a hipótese de que o TDPM pode ocorrer devido a uma sensibilidade diferencial aos efeitos perturbadores de humor das flutuações dos esteroides gonadais (SCHMIDT *et al.*, 1998; SCHNEIDER e POPIK, 2009). Em outras palavras, a reatividade de humor e a instabilidade relacionada ao temperamento ciclotímico pode representar um fator predisponente para o TDPM. Por outro lado, o indivíduo com temperamento eutímico, que é, por definição, caracterizado por

marcada estabilidade afetiva, tem menor chance de apresentar um rastreo positivo para o TDPM em nossa amostra.

O rastreo positivo para o TDPM também foi associado de maneira significativa e independente com as dimensões emocionais de raiva e sensibilidade em nossa amostra. Nossos resultados estão de acordo com Ko et al. (2014), os quais verificaram que mulheres com TDPM tem uma maior sensibilidade a estímulos aversivos (i.e., de inibição de comportamento) em comparação com mulheres saudáveis, o que também pode aumentar os sintomas de hostilidade do TDPM. Ademais, estudos anteriores indicam que mulheres com TDPM tiveram maior pontuação total de raiva do que controles saudáveis (AKYOL, ARISOY e ÇAYKÖYLÜ, 2013). Finalmente, um estudo de Hartlage e Arduino (2002) enfatizou que a fonte da raiva em pacientes com TDPM, que também manifestam sintomas depressivos, era proveniente do TDPM independente da depressão.

6 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Algumas limitações podem ser observadas neste estudo. Primeiro, contamos com informações de autorrelato para excluir as mulheres com qualquer comorbidade física ou psiquiátrica. Em segundo lugar, não foi realizado dois meses de mapeamento prospectivo de sintomas para a avaliação do TDPM. Desse modo, não foi possível calcular a curva de Característica de Operação do Receptor (COR) da versão em Português Brasileiro do PSST. Terceiro, um rastreo positivo para o TDPM não confirma o diagnóstico deste transtorno. Portanto, estudos futuros devem utilizar esta ferramenta combinada com práticas diagnósticas padronizadas (por exemplo, mapeamento diário prospectivo), bem como com entrevistas clínicas estruturadas. Os principais pontos fortes do nosso estudo foi o grande tamanho da amostra e o uso de instrumentos validados de ansiedade, depressão e QV. Além disso, embora o TDPM apresente um fenótipo heterogêneo, é possível que um subgrupo de pacientes possam ter uma diátese bipolar, beneficiando-se, conseqüentemente, de medicamentos timolépticos.

7 CONCLUSÃO

Nossos resultados sugerem que a versão brasileira do PSST é confiável e pode ser utilizada como uma medida válida para a detecção de SPM e TDPM em mulheres brasileiras. Futuros estudos que medem as propriedades COR da versão em Português Brasileiro do PSST

em comparação com dois meses de mapeamento prospectivo são necessários para investigar a prevalência relativamente alta de TDPM encontrada na população brasileira. Ademais, constatou-se que a gravidade dos sintomas pré-menstruais foi associada com a diminuição da QV, e que o temperamento ciclotímico representa um fator associado positivamente com um rastreio positivo para o TDPM, enquanto o temperamento eutímico está associado negativamente com o rastreio positivo para este transtorno.

8 ARTIGOS SUBMETIDOS

- 1) Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and its association with health-related quality of life.

Autores: Rachel de A. Câmara, Cristiano A. Köhler, Benicio N. Frey, Thomas N. Hyphantis & André F. Carvalho.

- 2) Affective temperaments and emotional traits are associated with a positive screening for premenstrual dysphoric disorder.

Autores: Rachel A. Câmara, Cristiano A. Köhler, Michael Maes, Paulo R. Nunes Neto, André R. Brunoni, João Quevedo, Brisa S. Fernandes, Giulio Perugi, Thomas N. Hyphantis & André F. Carvalho.

REFERÊNCIAS

- AKISKAL, H. S. et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. **Journal of Affective Disorders**, v. 85, n. 1, p. 29-36, 2005a.
- AKISKAL, H. S. et al. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. **Journal of Affective Disorders**, v. 85, n. 1, p. 3-16, 2005b.
- AKISKAL, K. K.; AKISKAL, H. S. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. **Journal of Affective Disorders**, v. 85, n. 1, p. 231-239, 2005c.
- AKYOL, E. S.; ARİSOY, E. Ö. K.; ÇAYKÖYLÜ, A. Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: Its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. **Comprehensive Psychiatry**, v. 54, n. 7, p. 850-855, 2013.
- ALUJA, A. et al. Reanalysis of Eysenck's, Gray's, and Zuckerman's structural trait models based on a new measure: The Zuckerman–Kuhlman–Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ). **Personality and Individual Differences**, v. 54, n. 2, p. 192-196, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013. ISBN 0890425574.
- BANCROFT, J. The menstrual cycle and the well being of women. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 6, p. 785-791, 1995.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-7, Dec 1988.
- BENTZ, D.; STEINER, M.; MEINLSCHMIDT, P. D. G. SIPS–Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome*. **Der Nervenarzt**, v. 83, n. 1, p. 33-39, 2012.
- BORENSTEIN, J. E. et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. **The Journal of reproductive medicine**, v. 48, n. 7, p. 515-524, 2003.
- CHENIAUX, E. Tratamento da disforia pré-menstrual com antidepressivos: revisão dos ensaios clínicos controlados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 2, p. 142-7, 2006.
- CHOI, J. et al. Association of seasonality and premenstrual symptoms in bipolar I and bipolar II disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 129, n. 1, p. 313-316, 2011.
- CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. **Archives of General Psychiatry**, v. 50, n. 12, p. 975-90, 1993.
- CUNHA, J. **Manual das versões em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

- DEAN, B. B. et al. Evaluating the criteria used for identification of PMS. **Journal of Women's Health**, v. 15, n. 5, p. 546-555, 2006.
- DENNERSTEIN, L. et al. The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. **Fertility and Sterility**, v. 94, n. 3, p. 1059-1064, 2010.
- DIMMOCK, P. W. et al. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. **The lancet**, v. 356, n. 9236, p. 1131-1136, 2000.
- ERIKSSON, E. et al. The serotonin reuptake inhibitor paroxetine is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual syndrome. **Neuropsychopharmacology**, v. 12, n. 2, p. 167-176, 1995.
- FLECK, M. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.
- FORNARO, M.; PERUGI, G. The impact of premenstrual dysphoric disorder among 92 bipolar patients. **European Psychiatry**, v. 25, n. 8, p. 450-454, 2010.
- FOUNTOULAKIS, K. N. et al. The role of temperament in the etiopathogenesis of bipolar spectrum illness. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 36-52, 2016.
- FREEMAN, E. W.; SCHWEIZER, E.; RICKELS, K. Personality factors in women with premenstrual syndrome. **Psychosomatic Medicine**, v. 57, n. 5, p. 453-459, 1995.
- GARCIA, O. et al. Zuckerman - Kuhlman - Aluja Personality Questionnaire (ZKA - PQ) and Cloninger' s Temperament and Character Inventory Revised (TCI - R): A comparative study. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 53, n. 3, p. 247-257, 2012.
- GEHLERT, S. et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. **Psychological Medicine**, v. 39, n. 01, p. 129-136, 2009.
- GINGNELL, M. et al. Neuroticism-related personality traits are related to symptom severity in patients with premenstrual dysphoric disorder and to the serotonin transporter gene-linked polymorphism 5-HTTLPR. **Archives of women's mental health**, v. 13, n. 5, p. 417-423, 2010.
- GINGNELL, M. et al. Menstrual cycle effects on amygdala reactivity to emotional stimulation in premenstrual dysphoric disorder. **Hormones and Behavior**, v. 62, n. 4, p. 400-406, 2012.
- GONDA, X. et al. The 5HTTLPR polymorphism of the serotonin transporter gene is associated with affective temperaments as measured by TEMPS-A. **Journal of Affective Disorders**, v. 91, n. 2, p. 125-131, 2006.

GRAY, J. A. Anxiety, personality and the brain. In: GALE, A. e EDWARDS, J. A. (Ed.). **Physiological correlates of human behaviour**: Academic Press, v.3, 1986. ISBN 0122739035.

GROUP, W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 03, p. 551-558, 1998.

HALBREICH, U. et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). **Psychoneuroendocrinology**, v. 28, p. 1-23, 2003.

HARIRI, F. Z. et al. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. **Archives of women's mental health**, v. 16, n. 6, p. 531-537, 2013.

HARTLAGE, S.; BREAU, C. A.; YONKERS, K. A. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM-5. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 75, n. 1, p. 70-76, 2014.

HARTLAGE, S. A.; ARDUINO, K. E. Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences? **Psychological Reports**, v. 90, n. 1, p. 189-202, 2002.

HE, Z. et al. Treatment for premenstrual syndrome with Vitex agnus castus: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China. **Maturitas**, v. 63, n. 1, p. 99-103, 2009.

HSU, S.-C.; LIU, C.-Y.; HSIAO, M.-C. A comparison of the Tridimensional Personality Questionnaire in premenstrual dysphoric disorder and major depressive disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 48, n. 4, p. 366-370, 2007.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Artmed Editora, 2015. ISBN 8582711905.

JOHNSON, S. R. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. **Obstetrics and Gynecology**, v. 104, n. 4, p. 845-859, 2004.

KAWAMURA, Y. et al. Six-year stability of affective temperaments as measured by TEMPS-A. **Psychopathology**, v. 43, n. 4, p. 240-247, 2010.

KRAEPELIN, E. Manic depressive insanity and paranoia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 53, n. 4, p. 350, 1921.

KRETSCHMER, E. **Psychique und character**. London, UK: Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd., 1936.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The Phq - 9. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

LARA, D. R.; AKISKAL, H. S. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment. **Journal of Affective Disorders**, v. 94, n. 1, p. 89-103, 2006.

LARA, D. R. et al. The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: A system-based integrative approach. **Journal of Affective Disorders**, v. 140, n. 1, p. 14-37, 2012.

LARA, D. R. et al. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. **Journal of Affective Disorders**, v. 94, n. 1-3, p. 67-87, Aug 2006.

LAWSHE, C. H. A quantitative approach to content validity. **Personnel Psychology**, v. 28, n. 4, p. 563-575, 1975a.

_____. A quantitative approach to content validity¹. **Personnel Psychology**, v. 28, n. 4, p. 563-575, 1975b.

LAZARY, J. et al. Association of depressive phenotype with affective family history is mediated by affective temperaments. **Psychiatry Research**, v. 168, n. 2, p. 145-152, 2009.

LUSTYK, M. K. B. et al. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. **Women and Health**, v. 39, n. 3, p. 35-44, 2004.

MALUF, T. P. G. Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar assistencial para dependentes químicos [dissertation]. **Universidade Federal de São Paulo**, 2002.

MCCRAE, R. R.; COSTA, P. T., JR. Updating Norman's "Adequate Taxonomy": intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 49, n. 3, p. 710-21, Sep 1985.

NEZNANOV, N.; PETROVA, N. Quality of life as a measure of the effectiveness of patient rehabilitation. **International Journal of Mental Health**, p. 38-48, 2002.

NISAR, N. et al. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. **Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan**, v. 18, n. 8, p. 481-4, 2008.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1994.

OTTONI, G. L. et al. Validation of the combined emotional and affective temperament scale in a large sample with high prevalence of psychiatric disorders. **Psychopathology**, v. 43, n. 6, p. 381-8, 2010.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.

PEARLSTEIN, T. B. et al. Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo. **Journal of Clinical Psychiatry**, 2000.

PERUGI, G.; AKISKAL, H. S. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 25, n. 4, p. 713-737, 2002.

PERUGI, G. et al. Cyclothymia reloaded: A reappraisal of the most misconceived affective disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 183, p. 119-133, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 30, n. 4, p. 459-467, 2007.

RAMCHARAN, S. et al. The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 45, n. 4, p. 377-392, 1992.

RIHMER, Z. et al. Current research on affective temperaments. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 12-18, 2010.

ROMANS, S. et al. Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. **Gender Medicine**, v. 9, n. 5, p. 361-384, 2012.

ROTHBART, M. K.; AHADI, S. A.; EVANS, D. E. Temperament and personality: origins and outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 78, n. 1, p. 122-35, Jan 2000.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.

SCHIOLA, A. et al. The burden of moderate/severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a cohort of Latin American women. **Value in Health**, v. 14, n. 5, p. S93-S95, 2011.

SCHMIDT, P. J. et al. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. **New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 4, p. 209-216, 1998.

SCHNEIDER, T.; POPIK, P. An animal model of premenstrual dysphoric disorder sensitive to antidepressants. **Current Protocols in Neuroscience**, p. 9.31. 1-9.31. 10, 2009.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. **Quality of Life Research**, v. 11, n. 2, p. 135-144, 2002.

STEIN, D. J.; KUPFER, D. J.; SCHATZBERG, A. F. **The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders**. American Psychiatric Pub, 2007. ISBN 158562716X.

STEINER, M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**, v. 25, n. 5, p. 459, 2000.

STEINER, M.; MACDOUGALL, M.; BROWN, E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. **Archives of women's mental health**, v. 6, n. 3, p. 203-209, 2003.

STUDD, J. Severe premenstrual syndrome and bipolar disorder: a tragic confusion. **Menopause international**, v. 18, n. 2, p. 82-86, 2012.

TAGHIZADEH, Z. et al. The effect of premenstrual syndrome on quality of life in adolescent girls. **Iranian Journal of Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 105-109, 2008.

TAKEDA, T. et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. **Archives of women's mental health**, v. 9, n. 4, p. 209-212, 2006.

TEATERO, M. L.; MAZMANIAN, D.; SHARMA, V. Effects of the menstrual cycle on bipolar disorder. **Bipolar disorders**, v. 16, n. 1, p. 22-36, 2014.

TELEK, T. et al. The possible protective role of personality dimensions against premenstrual syndrome. **Psychiatry Research**, v. 179, n. 1, p. 81-85, 2010.

TENG, C.-T. et al. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 255, n. 1, p. 51-56, 2005.

WHOQOL, G. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: (Ed.). **Quality of life assessment: International perspectives**: Springer, 1994. p.41-57. ISBN 3642791255.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

_____. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 03, p. 551-558, 1998.

YANG, M. et al. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 113-121, 2008.

YONKERS, K. A. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 58, p. 19-25, 1996.

YONKERS, K. A.; O'BRIEN, P. M.; ERIKSSON, E. Premenstrual syndrome. **Lancet**, v. 371, n. 9619, p. 1200-1210, 2008.

ZUCKERMAN, M. et al. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 65, n. 4, p. 757, 1993.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Por favor, leia ou escute cuidadosamente este consentimento e se houver qualquer dúvida sinta-se à vontade em fazer qualquer pergunta.

Neste momento o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) como **voluntário** de uma pesquisa intitulada “Disforia pré-menstrual associada com temperamentos afetivos e qualidade de vida em amostra universitária”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Este trabalho procura verificar se diferentes dimensões da personalidade e diferentes tipos de temperamentos estão associados a estilos de defesa específicos e a presença de sintomas depressivos e risco de suicídio. Se aceitar participar deste estudo, você deverá responder a questionários validados para o português que buscam avaliar o temperamento, qualidade de vida, sintomas de depressão e pré-menstruais, além de um breve questionário sobre dados sociodemográficos básicos como idade, gênero, escolaridade, renda familiar, religião, estado civil e profissão. Essas informações serão de grande ajuda, pois possibilitarão uma maior compreensão de como o temperamento influencia a ocorrência e gravidade de sintomas pré-menstruais e de como a gravidade destes sintomas afeta alguns domínios da qualidade de vida entre a população feminina universitária. **Sua participação é importante.**

Sua participação é voluntária e **você pode desistir de participar a qualquer momento.** Você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa. Você poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Os dados serão tratados em sigilo e analisados coletivamente, garantindo a confidencialidade de suas informações. Você será representado por um número em cada questionário realizado tornando seguro seu anonimato. Garanto que o desenvolvimento desta pesquisa envolve riscos mínimos para sua saúde.

O resultado da pesquisa será divulgado somente entre os profissionais estudiosos do assunto, porém, sua identidade será mantida no anonimato, ou seja, **ninguém conhecerá seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a).** O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo
Telefone: 3366.8338**

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:
Nome: André Férrer Carvalho
Instituição: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Costa Mendes, 1608, 4º andar, Rodolfo Teófilo. CEP 60430-140.
Telefone para contato: (085) 9927.4070

São apresentados abaixo, os critérios de inclusão para participação neste estudo. Caso você assinale qualquer resposta “NÃO” abaixo, você não poderá participar deste estudo:

Você aceita participar do estudo?

SIM () NÃO ()

Acima de 18 anos?

SIM () NÃO ()

Ainda tem menstruações?

SIM () NÃO ()

Está isenta de qualquer medicação psicotrópica nos últimos dois meses?

SIM () NÃO ()

O abaixo-assinado, _____, ____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário de pesquisa. Eu declaro que li /ouvi cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____/____/____

<i>Nome do voluntário</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura</i>
<i>Nome do pesquisador</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura</i>
<i>Nome do profissional que aplicou o TCLE</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura</i>

Desde já agradecemos a sua participação. (Destaque na linha pontilhada e fique com a parte superior desta folha)

.....

CONSENTIMENTO

Concordo em participar da pesquisa intitulada “Disforia pré-menstrual associada com temperamentos afetivos e qualidade de vida em amostra universitária”, sob responsabilidade do médico e pesquisador André Férrer Carvalho.

Nome²: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Nº

² (Esta identificação será destacada pelo entrevistador responsável **antes** da leitura das perguntas. Para garantir seu anonimato, você será representado apenas por um número na página de cada escala).

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DA
FERRAMENTA DE TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS (PSST)
TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO**

Nome do avaliador: [Clique aqui para digitar texto.](#)

1. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA VERSÃO TRADUZIDA

Na página 2 apresentamos a versão original em Inglês do PSST, e na página 3 a versão traduzida para o Português (que foi submetida à tradução reversa para o Inglês). Para podermos verificar a validade de conteúdo da versão traduzida, classifique, por favor, os itens **1 a 14** e **A até E** conforme os quatro critérios abaixo:

- **Necessidade/Adequação do item para o instrumento:** escolha entre **Essencial; Útil, mas não essencial;** ou **Inútil.**
- **Relevância, Clareza e Simplicidade do item:** dê uma nota de **1 a 4**, sendo que 1 significa nota mínima para o item e 4, nota máxima.

MARQUE AS NOTAS UTILIZANDO OS CONTROLES AO LADO DE CADA ITEM

Sintoma	Adequação	Relevância	Clareza	Simplicidade
1. Raiva/irritação	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
2. Ansiedade/tensão	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
3. Vontade de chorar/aumento de sensibilidade à rejeição	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
4. Humor depressivo/desesperança	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
5. Interesse diminuído nas atividades de trabalho	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
6. Interesse diminuído nas atividades domésticas	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
7. Interesse diminuído nas atividades sociais	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
8. Dificuldade de se concentrar	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
9. Fadiga/ falta de energia	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
10. Comer em excesso/Fissura por comida	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
11. Insônia	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
12. Hipersonia (necessidade de dormir mais do que o de costume)	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.

13. Sente-se sobrecarregada ou fora de controle	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
14. Sintomas físicos: Sensibilidade mamária, dor de cabeça, dor muscular, inchaço, ganho de peso	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
Seus sintomas listados acima interferiram na:				
A. Sua eficiência no trabalho/produktividade	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
B. Seu relacionamento com os colegas de trabalho	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
C. Seu relacionamento com a família	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
D. Suas atividades de vida Social	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.
E. Suas responsabilidades domésticas	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.	Escolher um item.

THE PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL (PSST)
(please mark an "X" in the appropriate box)

Do you experience some or any of the following premenstrual symptoms which start before your period and stop within a few days of bleeding?

Symptom	Not at all	Mild	Moderate	Severe
1. Anger/irritability				
2. Anxiety/tension				
3. Tearful/Increased sensitivity to rejection				
4. Depressed mood/hopelessness				
5. Decreased interest in work activities				
6. Decreased interest in home activities				
7. Decreased interest in social activities				
8. Difficulty concentrating				
9. Fatigue/lack of energy				
10. Overeating/food cravings				
11. Insomnia				
12. Hypersomnia (needing more sleep)				
13. Feeling overwhelmed or out of control				
14. Physical symptoms: breast tenderness, headaches, joint/muscle pain, bloating, weight gain				

Have your symptoms, as listed above, interfered with:	Not at all	Mild	Moderate	Severe
A. Your work efficiency or productivity				
B. Your relationships with coworkers				
C. Your relationships with your family				
D. Your social life activities				
E. Your home responsibilities				

FERRAMENTA DE TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS (PSST)

(Por favor, marque um X na opção mais adequada)

Você já vivenciou algum ou nenhum dos seguintes sintomas pré-menstruais, os quais começaram antes do seu período de sangramento e pararam dentro de poucos dias?

Sintoma	Ausente	Leve	Moderado	Grave	
1. Raiva/irritação	0	1	2	3	PST1__
2. Ansiedade/tensão	0	1	2	3	PST2__
3. Vontade de chorar/aumento de sensibilidade à rejeição	0	1	2	3	PST3__
4. Humor depressivo/desesperança	0	1	2	3	PST4__
5. Interesse diminuído nas atividades de trabalho	0	1	2	3	PST5__
6. Interesse diminuído nas atividades domésticas	0	1	2	3	PST6__
7. Interesse diminuído nas atividades sociais	0	1	2	3	PST7__
8. Dificuldade de se concentrar	0	1	2	3	PST8__
9. Fadiga/ falta de energia	0	1	2	3	PST9__
10. Comer em excesso/Fissura por comida	0	1	2	3	PST10__
11. Insônia	0	1	2	3	PST11__
12. Hipersonia (necessidade de dormir mais do que o de costume)	0	1	2	3	PST12__
13. Sente-se sobrecarregada ou fora de controle	0	1	2	3	PST13__
14. Sintomas físicos: Sensibilidade mamária, dor de cabeça, dor muscular, inchaço, ganho de peso	0	1	2	3	PST14__

Seus sintomas listados acima interferiram na:	Ausente	Leve	Moderado	Grave	
A. Sua eficiência no trabalho/produktividade	0	1	2	3	PST15___
B. Seu relacionamento com os colegas de trabalho	0	1	2	3	PST16___
C. Seu relacionamento com a família	0	1	2	3	PST17___
D. Suas atividades de vida Social	0	1	2	3	PST18___
E. Suas responsabilidades domésticas	0	1	2	3	PST19___

2. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Por favor, faça seus comentários acerca da tradução desta ferramenta, considerando cada um dos aspectos abaixo. Se necessário, mencione itens específicos no comentário.

Gramática da Língua Portuguesa

Clique aqui para digitar texto

Vocabulário

Clique aqui para digitar texto

Alocação dos itens

Clique aqui para digitar texto

Definição da escala

Clique aqui para digitar texto

Acurácia da tradução

Clique aqui para digitar texto

Clareza da tradução

Clique aqui para digitar texto

Estilo da tradução

Clique aqui para digitar texto

Relevância cultural da tradução

Clique aqui para digitar texto

APÊNDICE C – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

1) Data da entrevista (dd/mm/aaaa)	DEN __/__/____
2) Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	DN __/__/____
3) Raça: 1. () Preta 2. () Parda 3. () Branca 4. () Amarela 5. () Indígena	RAÇ ____
4) Escolaridade em anos: 1. () Analfabeto 4. () 10 a 12 anos [EM] 2. () 1 a 5 anos [EF-1] 5. () 13 ou mais [ES] 3. () 6 a 9 [EF-2]	ESC ____
5) Renda mensal em salários mínimos: 1. () até 1 5. () Entre 3,1 e 4,0 2. () Entre 1,0 e 1,5 6. () Entre 4,1 e 8,0 3. () Entre 1,6 e 2,0 7. () Mais de 8,0 4. () Entre 2,1 e 3,0	RMS ____
6) Estado Civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Divorciado 4. () Viúvo 5. () União estável	ECI ____
7) Qual é a sua religião? 1. () Católica 4. () Umbanda e Candomblé 2. () Evangélica 5. () Outras religiões 3. () Espírita 6. () Sem religião	REL ____
8) Quantos filhos?	FIL ____
9) Você faz uso de alguma terapia hormonal? (anticoncepcional)	ATC ____
10) Quantos anos você tinha quando menstruou a primeira vez?	AN1 ____
11) Sua menstruação é regular? 1. () Sim 2. () Não	MRE ____
12) Qual a duração do seu ciclo menstrual?	DCM ____
13) Se os tiver, quantos dias duram seus sintomas pré-menstruais?	DSP ____

ANEXO A – ESCALA DE TEMPERAMENTO EMOCIONAL E AFETIVO (AFECTS)

1. Seção Emocional

Marque a alternativa que mais corresponde ao seu jeito de ser e agir em geral (somente uma alternativa de 1 a 7 por linha). Não há respostas certas ou erradas, responda de acordo com o que você é em geral, e não como desejaria ser. Veja o exemplo para alguém que se sente “seguro”, mas não muito seguro:

1.1.1.1 Inseguro	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7	Seguro	
------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	---	--------	--

Marque a alternativa:									
1.1.1.2 Pessimista	1	2	3	4	5	6	7	Otimista	AFE01____
1.1.1.3 É difícil eu sentir prazer	1	2	3	4	5	6	7	É fácil eu sentir prazer	AFE02____
1.1.1.4 Triste e desanimado	1	2	3	4	5	6	7	Alegre e animado	AFE03____
1.1.1.5 Minha autoestima é baixa	1	2	3	4	5	6	7	Minha autoestima é alta	AFE04____
1.1.1.6 Fico indiferente a novas atividades	1	2	3	4	5	6	7	Fico entusiasmado com novas atividades	AFE05____
1.1.1.7 Desmotivado e desinteressado	1	2	3	4	5	6	7	Motivado e interessado	AFE06____
1.1.1.8 Faltam-me objetivos e força de vontade	1	2	3	4	5	6	7	Tenho objetivos e força de vontade	AFE07____
1.1.1.9 Parado e sem energia	1	2	3	4	5	6	7	Ativo e energético	AFE08____
1.1.1.10 Tenho impulsos do desejo leves	1	2	3	4	5	6	7	Meus impulsos do desejo são fortes	AFE09____
1.1.1.11 Sou moderado no que eu gosto	1	2	3	4	5	6	7	Exagero no que eu gosto	AFE10____
1.1.1.12 Sei me conter na busca de prazer	1	2	3	4	5	6	7	Facilmente me rendo às tentações do prazer	AFE11____
1.1.1.13 Mantenho o juízo quando quero algo	1	2	3	4	5	6	7	Faço loucuras quando quero algo	AFE12____
1.1.1.14 Tranquilo	1	2	3	4	5	6	7	Apressado e imediatista	AFE13____
1.1.1.15 Ponderado	1	2	3	4	5	6	7	Sou de extremos, do tipo 8 ou 80	AFE14____
1.1.1.16 Flexível	1	2	3	4	5	6	7	Teimoso	AFE15____
1.1.1.17 Paciente	1	2	3	4	5	6	7	Impaciente	AFE16____
1.1.1.18 Calmo	1	2	3	4	5	6	7	Irritado	AFE17____
1.1.1.19 Pacífico	1	2	3	4	5	6	7	Agressivo	AFE18____
1.1.1.20 Controlado	1	2	3	4	5	6	7	Explosivo	AFE19____
1.1.1.21 Confio nas pessoas	1	2	3	4	5	6	7	Desconfiado	AFE20____
Ousado	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.22 Medroso	AFE21____
Desinibido e espontâneo	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.23 Inibido e contido	AFE22____
Despreocupado	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.24 Preocupado	AFE23____
Reajo rapidamente frente ao perigo	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.25 Fico paralisado frente ao perigo	AFE24____
Descuidado	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.26 Cauteloso	AFE25____
Impulsivo, ajo sem pensar	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.27 Penso antes de agir	AFE26____
Imprudente	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.28 Prudente	AFE27____
Gosto de correr riscos	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.29 Evito correr riscos	AFE28____
É raro eu me sentir culpado	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.30 Eu me culpo facilmente	AFE29____

Lido bem com a rejeição	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.31 Lido mal com a rejeição	AFE30____
Suporto bem críticas	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.32 Sou sensível a críticas	AFE31____
Difícilmente fico magoado	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.33 Eu fico magoado facilmente	AFE32____
Tenho facilidade em superar traumas	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.34 Tenho dificuldade em superar traumas	AFE33____
Resisto bem ao estresse	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.35 Sou sensível ao estresse	AFE34____
Lido bem com situações de pressão	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.36 Lido mal com situações de pressão	AFE35____
Tenho alta tolerância à frustração	1	2	3	4	5	6	7	1.1.1.37 Tenho baixa tolerância à frustração	AFE36____
1.1.1.38 Jogo a culpa dos meus erros nos outros	1	2	3	4	5	6	7	Assumo a culpa pelos meus erros	AFE37____
1.1.1.39 Tento me esquivar dos meus problemas	1	2	3	4	5	6	7	Enfrento meus problemas de frente	AFE38____
1.1.1.40 Espero que meus problemas se resolvam sozinhos	1	2	3	4	5	6	7	Procuo resolver meus problemas	AFE39____
1.1.1.41 Deixo meus problemas acumularem	1	2	3	4	5	6	7	Resolvo meus problemas assim que posso	AFE40____
1.1.1.42 Tenho dificuldade em resolver meus conflitos com pessoas	1	2	3	4	5	6	7	Tenho facilidade em resolver meus conflitos com pessoas	AFE41____
1.1.1.43 Tenho dificuldade em encontrar soluções	1	2	3	4	5	6	7	Tenho facilidade em encontrar soluções	AFE42____
1.1.1.44 Tendo a repetir meus erros	1	2	3	4	5	6	7	Aprendo com meus erros	AFE43____
1.1.1.45 Sofrer me tornou mais frágil	1	2	3	4	5	6	7	Sofrer me tornou mais forte	AFE44____
1.1.1.46 Desatento	1	2	3	4	5	6	7	Atento	AFE45____
1.1.1.47 Dispersivo	1	2	3	4	5	6	7	Focado	AFE46____
1.1.1.48 Planejo mal minhas atividades	1	2	3	4	5	6	7	Planejo bem minhas atividades	AFE47____
1.1.1.49 Não concluo as tarefas que eu começo	1	2	3	4	5	6	7	Concluo as tarefas, mesmo longas e difíceis	AFE48____
1.1.1.50 Desorganizado	1	2	3	4	5	6	7	Organizado	AFE49____
1.1.1.51 Indisciplinado	1	2	3	4	5	6	7	Disciplinado	AFE50____
1.1.1.52 Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável	AFE51____
1.1.1.53 Displiciente	1	2	3	4	5	6	7	Perfeccionista	AFE52____

2. Seção Afetiva

Marque o quanto cada afirmação abaixo tem a ver com você:

- A) Tenho tendência à tristeza e à melancolia; vejo pouca graça nas coisas; tendo a me desvalorizar; não gosto muito de mudanças; prefiro ouvir a falar.

1.1.1.54 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT01____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

- B) Sou muito preocupado e cuidadoso; frequentemente me sinto inseguro e apreensivo; tenho medo de que coisas ruins aconteçam; tento evitar situações de risco; estou sempre alerta e vigilante.

1.1.1.55 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT02____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

- C) Tenho pouca iniciativa; com frequência me desligo do que os outros estão dizendo ou fazendo; muitas vezes não concluo o que comecei; tendo à passividade e sou um pouco lento.

1.1.1.56 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT03____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

D) Meu humor é imprevisível e instável (altos e baixos) , muda rapidamente ou de maneira desproporcional aos fatos; tenho fases de grande energia, entusiasmo e agilidade que se alternam com outras fases de lentidão, perda de interesse e desânimo.

1.1.1.57 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT04____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

E) Tenho uma forte tendência a me sentir agitado, tenso, ansioso e irritado ao mesmo tempo.

1.1.1.58 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT05____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

F) Sou dispersivo, inquieto, desligado e desorganizado; às vezes sou precipitado ou inconveniente e só me dou conta mais tarde; mudo de interesse rapidamente; tenho dificuldade em concluir tarefas e fazer o que deveria.

1.1.1.59 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT06____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

G) Sou exigente, dedicado, perfeccionista, detalhista e rígido; preciso ter o controle das coisas; não lido bem com incertezas e erros.

1.1.1.60 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT07____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

H) Meu humor é equilibrado e previsível, costuma mudar só quando há um motivo claro; tenho boa disposição e, em geral, me sinto bem comigo mesmo.

1.1.1.61 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT08____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

I) Estou sempre de bom humor, sou muito confiante e me divirto facilmente; adoro novidades; faço várias coisas sem me cansar; vou atrás do que quero até conquistar; tenho forte tendência à liderança.

1.1.1.62 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT09____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

J) Sou muito sincero, direto e determinado, mas também irritado, explosivo e desconfiado.

1.1.1.63 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT10____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

K) Sou inquieto, ativo, espontâneo e distraído; muitas vezes ajo de maneira precipitada e inconsequente; é muito comum eu deixar para fazer as coisas na última hora; quando me irritado, logo fico bem de novo.

1.1.1.64 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT11____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

L) Sou expansivo, rápido, falante e intenso; tenho muitas ideias e me distraio facilmente; sou imediatista, explosivo e impaciente; exponho-me a riscos por excesso de confiança ou empolgação; exagero no que me dá prazer; não gosto de rotina e de regras.

1.1.1.65 Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo	AFT12____
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------	-----------

1. Escolha a letra correspondente à descrição da questão anterior (Seção Afetiva) que mais se aproxima do seu perfil (somente uma alternativa). Leia as descrições de A a L que mais têm a ver com você antes de optar pela resposta.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	TPE____
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

2. Em que medida você tem problemas ou prejuízos pessoais em função do seu jeito de ser, do seu comportamento e do seu padrão de humor?

Nenhum problema	1	2	3	4	Muitos problemas	TPP____
-----------------	---	---	---	---	------------------	---------

3. Em que medida você tem vantagens ou benefícios pessoais em função do seu jeito de ser, do seu comportamento e do seu padrão de humor?

Nenhuma vantagem	1	2	3	4	Muitas vantagens	TVB____
------------------	---	---	---	---	------------------	---------

ANEXO B – FERRAMENTA DE TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS (PSST)

(Por favor, marque um X na opção mais adequada)

Você já vivenciou algum ou nenhum dos seguintes sintomas pré-menstruais, os quais começaram antes do seu período de sangramento e pararam dentro de poucos dias?

Sintoma	Ausente	Leve	Moderado	Grave	
15. Raiva/irritação	0	1	2	3	PST1__
16. Ansiedade/tensão	0	1	2	3	PST2__
17. Vontade de chorar/aumento de sensibilidade à rejeição	0	1	2	3	PST3__
18. Humor depressivo/desesperança	0	1	2	3	PST4__
19. Interesse diminuído nas atividades de trabalho	0	1	2	3	PST5__
20. Interesse diminuído nas atividades domésticas	0	1	2	3	PST6__
21. Interesse diminuído nas atividades sociais	0	1	2	3	PST7__
22. Dificuldade de se concentrar	0	1	2	3	PST8__
23. Fadiga/ falta de energia	0	1	2	3	PST9__
24. Comer em excesso/Fissura por comida	0	1	2	3	PST10__
25. Insônia	0	1	2	3	PST11__
26. Hipersonia (necessidade de dormir mais do que o de costume)	0	1	2	3	PST12__
27. Sente-se sobrecarregada ou fora de controle	0	1	2	3	PST13__
28. Sintomas físicos: Sensibilidade mamária, dor de cabeça, dor muscular, inchaço, ganho de peso	0	1	2	3	PST14__
Seus sintomas listados acima interferiram na:	Ausente	Leve	Moderado	Grave	
F. Sua eficiência no trabalho/produktividade	0	1	2	3	PST15__
G. Seu relacionamento com os colegas de trabalho	0	1	2	3	PST16__
H. Seu relacionamento com a família	0	1	2	3	PST17__
I. Suas atividades de vida Social	0	1	2	3	PST18__
J. Suas responsabilidades domésticas	0	1	2	3	PST19__

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE (PHQ-9)

Durante as 2 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma Veza	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3	PHQ1___
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3	PHQ2___
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3	PHQ3___
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3	PHQ4___
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3	PHQ5___
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3	PHQ6___
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3	PHQ7___
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3	PHQ8___
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3	PHQ9___

ANEXO D – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “X” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar	
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3	BAI01__
2. Sensação de calor	0	1	2	3	BAI02__
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3	BAI03__
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3	BAI04__
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3	BAI05__
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3	BAI06__
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3	BAI07__
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3	BAI08__
9. Aterrorizado	0	1	2	3	BAI09__
10. Nervoso	0	1	2	3	BAI10__
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3	BAI11__
12. Tremores nas Mãos	0	1	2	3	BAI12__
13. Trêmulo	0	1	2	3	BAI13__
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3	BAI14__
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3	BAI15__
16. Medo de morrer	0	1	2	3	BAI16__
17. Assustado	0	1	2	3	BAI17__
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	0	1	2	3	BAI18__
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3	BAI19__
20. Rosto afogueado	0	1	2	3	BAI20__
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3	BAI21__

ANEXO E – WHOQOL - ABREVIADO

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	W01__
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	W02__
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	W03__
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	W04__
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	W05__
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	W06__
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	W07__
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	W08__
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	W09__
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W10__

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	W11__
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	W12__
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W13__
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	W14__
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	W15__
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	W16__
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W17__
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	W18__
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	W19__
20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) ?	1	2	3	4	5	W20__
21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	W21__
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	W22__
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	W23__
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	W24__
25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	W25__
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre	
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	W26__

